

Александров А.А. Современная психотерапия. Курс лекций - СПб.: "Академический проект", 1997 - 335 с.

А 465

ISBN 5-7331-0103-2

ББК 53.57 А 465

Книга зав. кафедрой медицинской психологии СПб МАПО профессора А. А. Александрова состоит из лекций по основным направлениям современной отечественной и зарубежной психотерапии. Она включает в себя изложение принципов и методик наиболее эффективных психотерапевтических подходов: когнитивной терапии, гештальт-терапии, психотерапии К. Роджерса и др. Большое внимание уделяется вопросу интеграции различных методов в рамках патогенетической психотерапии. Автор подробно останавливается на методах психической саморегуляции (аутогенная тренировка, мышечная релаксация, медитация), отдельная лекция посвящена групповой психотерапии.

Книга рассчитана на психологов, психиатров, практикующих психотерапевтов, на всех интересующихся психологией.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Предлагаемые вниманию читателей «Лекции по психотерапии» представляют собой раздел лекционного курса кафедры медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (СПб МАПО).

Вслед за информационным голодом, испытываемым нашими психотерапевтами на протяжении многих десятилетий, книжный рынок буквально захлестнули потоки литературы по психологии и психотерапии. Эриксоновский гипноз, классический психоанализ, телесная терапия, трансакционный анализ, гештальт-терапия, нейролингвистическое программирование — такая пестрота жанров вызывает много вопросов у начинающих психотерапевтов: какую литературу выбрать, с чего начинать, что важнее, как это может пригодиться? Бессистемное чтение малопродуктивно, а главное, не приносит искомого удовлетворения, в результате чего ослабевает мотивация профессионального роста. Нужна хорошая основа психотерапевтических и психологических знаний, которая обеспечит возможность ориентироваться в литературе, выбрать направление, наиболее отвечающее собственным наклонностям и способностям, даст мощный стимул для дальнейшего совершенствования. Кстати, именно такая литература, закладывающая основы психотерапевтических знаний и столь необходимая для начинающих психотерапевтов, отсутствует на нашем книжном рынке. С целью заполнения этого пробела и задуманы прежде всего настоящие лекции.

Другая проблема заключается в том, что наши издательства при выпуске литературы руководствуются в основном рыночно-конъюнктурными соображениями. В связи с этим, а также во многом благодаря информационной неискушенности потребителей, не всегда самые лучшие образчики западной психотерапии проникают на наш рынок. Иначе как можно объяснить вторжение и широкое распространение в России «нейро-лингвистического программирования» — метода, не востребованного у себя на родине, в Соединенных Штатах, не говоря уже о Европе. Хорошим индикатором признания того или иного психотерапевтического метода может служить включение его в руководство «Современные методы психотерапии» Р. Корзини — хорощо известного психотерапевта и популяризатора психотерапии, автора, составителя и редактора многих руководств, словарей, энциклопедий и учебных пособий по психологии и психотерапии. Это руководство, которое выдержало уже несколько изданий, содержит статьи ведущих представителей различных подходов современной психотерапии. Поскольку вопросы ориентации и выбора пути являются актуальными для многих начинающих психотерапевтов, не будет лишним перечислить здесь те психотерапевтические методы, которые вошли в 4-е издание этого руководства (1989): психоанализ, психотерапия Адлера, аналитическая психотерапия Юнга, клиент-центрированная терапия Роджерса (в очередной раз переименованная, она называется здесь «центрированная на личности терапия»), рационально-эмотивная терапия, поведенческая терапия, когнитивная терапия, гештальт-терапия, экзистенциальная терапия, трансакционный анализ, семейная терапия, мультимодальная терапия Арнольда Лазаруса. Завершает этот список небольшая глава «Три других подхода», куда вошли психотерапия стран Востока, психодрама и

биоэнергетический анализ (Александр Лоуэн). Другие методы психотерапии пока не заслужили признания и отсутствуют в этом перечне. Возвращаясь к нейро-лингвистическому программированию, заметим также, что экспериментально-психологическое исследование Н. Л. Васильевой (СПб., 1997) не подтвердило существования одной ведущей репрезентативной системы личности — т. е. главного теоретического основания «нейро-лингвистиче-ского программирования».

Несколько слов о психоанализе. Как известно, он теперь не так популярен на Западе, как прежде. Там его значительно потеснили когнитивно-поведенческие методы психотерапии. Падение популярности психоанализа было неизбежным: умами врачей не могли долго владеть его ненаучные мифические концепции. Уже несколько поколений психотерапевтов на Западе пытаются преодолеть «дикость» первозданного психоанализа, сделать его более цивилизованным, социализированным. Эту миссию выполняли Анна Фрейд, Адлер, Хорни, Салливен, Фромм и многие другие. В наше время эту эстафету приняли представители теории объектных отношений. И все-таки биологизм фрейдовского психоанализа не преодолен в полной мере на Западе. Однако эта задача уже давно, еще при жизни Фрейда, выполнена в России: альтернативным подходом психоанализу является наша отечественная патогенетическая психотерапия, созданная В. Н. Мясищевым (1934) и развиваемая в наше время его учениками и последователями в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева в Санкт-Петербурге. Ее называют также «личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапией» (Б. Д. Карвасарский, 1985). По своей сути эта психотерапия является психодинамической, конфликтцентрированной. Общая цель и психоанализа, и патогенетической психотерапии заключается в осознании пациентом источников его болезни. Однако если психоанализ считает, что источники болезни лежат в биологических влечениях, в мифическом материале бессознательного, то патогенетическая психотерапия усматривает их в действительных жизненных отношениях, в реальном материале индивидуальной жизни и развития личности в определенных социальных условиях. Вольф Лаутербах (1989), немецкий клинический психолог, выполняющий в Университете им. Гете (Франкфурт-на-Майне) научные исследования в области патогенетической психотерапии, так определил главное различие между психоанализом и патогенетической психотерапией: в противоположность психоанализу и другим глубинно-психологическим теориям в теории личности В. Н. Мясищева существенными являются не определенные, описанные по содержанию отношения (например, эдиповы отношения), а общие структурные отношения. Наполняются содержанием и анализируются отношения только в отдельном случае, не для описания системы личности как таковой.

В силу этого на язык патогенетической психотерапии, указывает далее В. Лаутербах, можно без труда перевести основное содержание высказываний других школ, в том числе психоанализа, поскольку ее подход лишь предлагает структуру, в которую могут быть включены конкретные содержания. Таким образом, структура патогенетической психотерапии первично лишена содержания; интрапсихические конфликты у В. Н. Мясищева также первично лишены содержания. Индивидуальное содержание отношений и интрапсихического конфликта у больного и предстоит раскрыть в процессе патогенетической психотерапии.

Есть еще одно существенное различие, на которое указывает С. С. Либих (1994): Фрейд придавал решающее значение сначала катарсису, а затем осознанию, инсайту. Во многих родственных психоанализу методиках до сих пор тщательно избегают активного воздействия на личность больного, «перевоспитания», перестройки и т. д. Патогенетическая психотерапия выделяет два основных этапа: этап эксплорации (исследования) и этап перестройки, изменения отношений личности. Первый этап в сущности соответствует психоанализу, второй же этап имеет много общего по своим задачам и конечным целям когнитивно-поведенческим подходам, в частности рационально-эмо-тивной психотерапии Эллиса.

Патогенетическую психотерапию еще мало знают у нас. И это неудивительно. В. Н. Мясищев сформулировал концепцию психологии отношений и патогенетической психотерапии в 1935—1939 годах. Как раз в эти и последующие годы психология в нашей стране впала в немилость, предпринимались попытки заменены ее физиологией высшей нервной деятельности. Основными методами психотерапии стали гипноз и аутогенная тренировка, применение которых научно легко обосновывалось с позиций физиологии высшей нервной деятельности. Патогенетическая психотерапия (как «психогенетическая») по существу была оставлена. Эти эксперименты над психологией не прошли даром и для формирования нового менталитета психиатров. И хотя в конце 50-х — начале 60-х годов идеологическое давление на науку уменьшилось, психология была реабилитирована и как будто возникли условия для развития патогенетической психотерапии, позиции «физиологов» в психиатрии оказались столь сильными, а теория неврозов И. П. Павлова столь глубоко укоренившейся в сознании уже не одного поколения психиатров, что «конфликтцентрированная» концепция психотерапии не могла пробиться сквозь броню сопротивления и нежелания принять иную точку зрения на патогенез невроза («психогенез») и его лечения. Именно в этом причина того, что до самого последнего времени (а кое-где и до сих пор) главными методами психотерапии остаются суггестивные методы, а во взглядах на неврозы доминирует концепция нарушений высшей нервной деятельности. Интересно, что сам И. П. Павлов никогда не подменял психологию физиологией и не отрицал, что в основе невроза лежит конфликт. Не удивительно, что патогенетическая психотерапия оставалась малозаметной, подобно маленькому островку в безбрежном море гипноза и аутотренинга. В настоящее время ситуация меняется, однако подлинное «открытие» патогенетической психотерапии еще впереди. Автор надеется, что «лекции», ядро которых составляет патогенетическая психотерапия, выполнят среди прочих и задачу популяризации этого метода.

Одной из сильных сторон патогенетической психотерапии является ее открытость к интеграции с другими психотерапевтическими подходами. Это тем важнее, что интегративный подход отражает современную тенденцию в развитии психотерапии. В связи с этим актуальным становится вопрос о выборе конкретных принципов и методов, разработанных в русле иных психотерапевтических подходов, для интеграции их в систему патогенетической психотерапии. Идея интеграции является лейтмотивом лекций, отсюда выбор психотерапевтических методов, изложенных в них, не является случайным: теоретические исследования и клинический опыт показывают, что в наибольшей степени отвечают задачам интеграции методы когнитивно-поведенческого и феноменологического подходов, прежде всего рационально-эмотивная психотерапия А. Эллиса, когнитивная терапия А. Бека, гештальт-терапия Ф. Перлза.

Предлагаемые читателям лекции, таким образом, представляют некую целостность, «завершенный гештальт». Связующим началом этой системы, ее ядром служит патогенетическая психотерапия. Данные лекции окажутся полезными прежде всего тем, кто не определил своего пути в психотерапии, они помогут создать тот базис знаний, который необходим для дальнейшего профессионального роста.

ЛЕКЦИЯ ПЕРВАЯ

ПСИХОТЕРАПИЯ И ЕЕ ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

В литературе имеется много определений понятия «психотерапия». Это связано с тем, что психотерапия до сих пор еще не сложилась как единая наука с единым понятийным аппаратом, терминологией, теорией. Существует много психотерапевтических направлений, методов, поэтому многие определения основываются на тех или иных теоретических концепциях, исключая подходы иного рода. В солидных руководствах или справочниках по психотерапии приводятся развернутые определения, претендующие на научную точность, включающие возможно большее число переменных. Такие определения подчас похожи на головоломки, требующие немало сил для их осмысления. В качестве иллюстрации приведу пример такого далеко не самого трудного определения, взятого из одного англоязычного источника: «Психотерапия является формальным процессом взаимодействия между двумя группами, каждая из которых обычно состоит из одного человека, но в которых может быть двое или больше участников, преследующим цель уменьшения дистресса у одной из двух групп в любой из следующих сфер ограничения или нарушения функционирования: когнитивной (нарушения мышления), аффективной (страдание или эмоциональный дискомфорт), поведенческой (неадекватность поведения), при участии терапевта, опирающегося на теорию происхождения, развития, сохранения и изменения личности и какой-либо метод лечения, логически связанный с теорией, и имеющего профессиональное и юридическое право выступать в качестве терапевта» (цит. по:R. Cor-sini, 1989, с. 1). И все-таки это и подобные ему определения, несмотря на свою многосторонность, не могут претендовать на исчерпывающую точность. Поэтому S. Kratochvil (1978), например, советует ограничиться менее точным, но достаточно широким определением, которое не исключает a priori ни одной из существующих концепций. Одним из таких общепринятых у нас определений является следующее: «Психотерапия — это лечение различных заболеваний с помощью психологических методов».

Если это определение покажется кому-то слишком «медицинским», ограничивающим широкий спектр областей применения психотерапии, то можно привести другую редакцию: «Психотерапия — это использование психологических средств для восстановления нарушенной деятельности организма». В этом определении два момента нуждаются в пояснении: что понимается под нарушениями деятельности организма и какие средства относятся к психологическим.

Нарушения деятельности могут касаться как психических процессов и личности, так и соматических функций. Иными словами, речь идет о состояниях, обусловленных психогенезом или соматогенезом. К психологическим средствам относится прежде всего речь, но, как ни странно, и молчание, затем эмоции и эмоциональные отношения, мимика, различные виды научения, манипуляции в окружающей среде. В зависимости от того, насколько широк объем понятия «психологические средства», различают психотерапию в широком и узком смысле. Психотерапия в широком смысле слова включает социотерапию, лечение средой, трудотерапию; психотерапия в узком смысле ограничивается воздействием психотерапевта (или психотерапевтической группы) на пациента.

ЦЕЛИ И МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Общую для большинства психотерапевтических подходов цель психотерапии можно сформулировать вслед за D. Bernstein, E. Roy et al. (1988) следующим образом: общая цель психотерапии состоит в помощи пациентам изменить свое мышление и поведение таким образом, чтобы стать более счастливыми и продуктивными. При работе с пациентами эта цель дифференцируется на ряд задач, а именно:

1) терапевт помогает пациенту лучше понять свои проблемы;

2) устраняет эмоциональный дискомфорт;

3) поощряет свободное выражение чувств;

4) обеспечивает пациента новыми идеями или информацией о том, как решать проблемы;

5) помогает пациенту в проверке новых способов мышления и поведения за пределами терапевтической ситуации.

При решении этих задач терапевт прибегает к трем основным методам.

1. Во-первых, терапевт обеспечивает психологическую поддержку. Прежде всего, это значит сочувственно выслушать пациента и дать ему взвешенный совет в кризисной ситуации. Поддержка также заключается в том, чтобы помочь пациенту осознать и использовать свои силы и умения.

2. Второй метод терапии состоит в устранении дезадаптивного поведения и формировании новых, адаптивных стереотипов.

3. Инаконец, терапевт содействует инсайту (осознанию) и самораскрытию (самоэксплорации), в результате чего пациенты начинают лучше понимать свои мотивы, чувства, конфликты, ценности.

Несмотря на различия в теориях, целях и процедурах, психологическое лечение сводится к тому, что один человек пытается помочь другому (даже в том случае, когда речь идет о групповой психотерапии, при которой каждый участник является своего рода психотерапевтом по отношению к другому члену группы). Все методы лечения (не только психологического, а любого — терапевтического, хирургического и т.д.) имеют некоторые общие основные черты, или составляющие. (J. Frank,1978).

1. Человек, который страдает и ищет облегчения от своей проблемы. Это — клиент, или пациент.

2. Человек, который благодаря обучению или опыту воспринимается как способный оказывать помощь. Это — терапевт, или целитель.

Ъ. Теория, которая используется для объяснения проблем пациента. В Медицине теория включает, например, инфекционный фактор, другие биологические процессы. В некоторых культурах теория может включать фактор проклятия или одержимости злыми духами. В психологии теория включает психодинамику, принципы научения или другие психические факторы.

4. Набор процедур для решения проблем пациента. Эти процедуры непосредственно связаны с теорией. Так, знахарь или экзорцист борется со сверхъестественными силами с помощью специальных церемоний или заклинаний, а врач лечит инфекцию антибиотиками.

5. Специальное социальное отношение между клиентом и терапевтом, которое помогает облегчить проблемы клиента. Терапевт стремится к созданию такой атмосферы, которая позволяет пациенту с оптимизмом смотреть на решение своих проблем. Он верит, что методы, используемые терапевтом, помогут ему, вследствие чего у него возникает мотивация к работе над решением проблем. Отношение является фактором, характерным для всех форм лечения. В медицине улучшение физического или психического состояния пациента связывается обычно с действием лекарств или хирургическим вмешательством, но эффективность лечения частично зависит от ожиданий пациента и его веры в лечение. В магическом или религиозном лечении специфические процедуры значительно менее важны: более важным является позитивное отношение и ожидания, связанные с этими процедурами. Между этими крайними полюсами — медициной и магическим лечением — располагаются психологические методы лечения. Используя набор специфических процедур, большинство психотерапевтов пытается также создать позитивное отношение, потому что оно увеличивает шансы на успешное лечение. Некоторые терапевты подчеркивают фактор отношения в большей степени, чем другие факторы (мы увидим это на примере клиент-центрированной психотерапии Роджерса).

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Основными направлениями, или подходами, в психотерапии являются три: психодинамический, феноменологический (экзистенциально-гуманистический), поведенческий (когнитивно-поведенческий).

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Для того чтобы понять сущность этого подхода, необходимо обратиться к основам теории личности его создателя Зигмунда Фрейда.

Психодинамический подход утверждает, что мысли, чувства и поведение человека детерминированы бессознательными психическими процессами. Фрейд сравнивал личность человека с айсбергом: верхушку айсберга представляет сознание, основную же массу, расположенную под водой и не видимую, — бессознательное.

Личность, по Фрейду, состоит из трех главных компонентов. Первый компонент — «ид» (оно) — резервуар бессознательной энергии, называемой либидо. «Ид» включает базальные инстинкты, желания и импульсы, с которыми люди рождаются, а именно: Эрос — инстинкт удовольствия и секса и Танатос — инстинкт смерти, который может мотивировать агрессию или деструктивность по отношению к себе или другим. «Ид» ищет немедленного удовлетворения, невзирая на социальные нормы или права и чувства других. Другими словами, «ид» действует согласно принципу удовольствия.

Второй компонент личности — «эго» (я). Это — разум. «Эго» ищет пути удовлетворения инстинктов с учетом норм и правил общества. «Эго» находит компромиссы между неразумными

требованиями «ид» и требованиями реального мира — оно действует согласно принципу реальности. «Эго» пытается удовлетворить потребности, защитив при этом человека от физического и эмоционального ущерба, который может явиться следствием осознания, не говоря уже об отреагировании, импульсов, исходящих из «ид» . «Эго» — исполнительная власть личности.

Третий компонент личности — «суперэго». Этот компонент развивается в процессе воспитания как результат интернализации родительских и социальных ценностей. Фрейд использует для этого процесса термин «интроек-ция». «Суперэго» включает интроецированные ценности, наши «надо» и «нельзя». Это наша совесть. «Суперэго» действует на основе морального принципа, нарушение его норм приводит к чувству вины.

Инстинкты (ид), разум (эго) и мораль (суперэго) часто не ладят между собой, приходят в столкновение — возникают интрапснхнческие, или психодинамические, конфликты. Фрейд считал, что число этих конфликтов, их природа и способы разрешения придают форму личности и определяют многие аспекты поведения. Личность отражается в том, как человек решает задачу удовлетворения широкого спектра потребностей.

В норме, адаптивное поведение связывается с малым количеством конфликтов или с эффективным их решением. Многочисленные, тяжелые или плохо управляемые конфликты приводят к отклоняющимся чертам личности или к психическим расстройствам.

Наиболее важная функция «эго» — образование защитных механизмов против тревоги и вины. Механизмы защиты — это бессознательная психологическая тактика, помогающая защитить человека от неприятных эмоций. Это — вытеснение, проекция, образование реакции, интеллектуализация, рационализация, отрицание, сублимация и др. Невротическая тревога, по Фрейду, это сигнал того, что бессознательные импульсы угрожают преодолеть защитные механизмы и достичь сознания.

Благодаря действию защитных механизмов бессознательное становится трудным для исследования, но Фрейд разработал для этого метод — психоанализ. Психоанализ включает толкование свободных ассоциаций, сновидений, обыденного поведения (обмолвок, ошибок памяти и др.), анализ переноса.

Психоанализ (и любой другой метод в рамках психодинамического подхода) ставит перед собой две основные задачи:

1. Добиться у пациента осознания (инсайта) интрапсихического, или психодинамического, конфликта.

2. Проработать конфликт, то есть проследить, как он влияет на актуальное поведение и на интерперсональныеотношения.

Например, психоанализ помогает пациенту осознать скрытое, подавленное чувство гнева по отношению к родителю. Это осознание дальше дополняется работой над тем, чтобы пациент эмоционально пережил и освободил подавляемый гнев (катарсис). Эта работа помогает затем пациенту осознать, как бессознательный конфликт и связанные с ним защитные механизмы создают межличностные проблемы. Так, враждебность пациента к начальнику, старшему сотруднику или другой «родительской фигуре» может являться символическим, бессознательным отреагированием детских конфликтов с родителем.

Теперь мы можем сформулировать сущность психодинамического подхода в психотерапии: это подход, который подчеркивает важность для понимания генеза и лечения эмоциональных расстройств интрапсихических конфликтов, которые являются результатом динамической и часто бессознательной борьбы противоречивых мотивов внутри личности.

РАЗНОВИДНОСТИ ПСИХОАНАЛИЗА

Классический фрейдовский психоанализ сейчас не так популярен, как когда-то. Частично это связано с тем, что теория личности Фрейда, основанная на инстинктах, устарела, частично же с тем, что психоанализ дорог и требует много времени. Больше всего подвергалась критике идея Фрейда о том, что все симптомы являются реакцией нажонфликт, вызванный фрустрацией инфантильных сексуальных импульсов. Появилось много разновидностей психодинамических теорий личности и лечения эмоциональных нарушений.

Некоторые из этих разновидностей в меньшей степени, чем фрейдизм, фокусированы на «ид», бессознательном и прошлом. Они уделяют больше внимания актуальным проблемам и тому, как можно использовать «силу эго» для их решения. В этих терапиях клиентам помогают осознать не «эдипов комплекс», а то, как глубинные чувства тревоги, неуверенности и неполноценности приводят к эмоциональным нарушениям и проблемам в отношениях с другими.

Сюда входитпрежде всего индивидуальная психология Альфреда Адлера (1927), который подчеркивал роль врожденных социальных побуждений в формировании личности. Адлер предположил, что каждый человек рождается в беспомощном, зависимом состоянии, которое создает чувство неполноценности. Это негативное чувство, соединенное с природным желанием стать «оперившимся» членом общества, является стимулом для развития личности. Адлер объяснял этот процесс как стремление к превосходству, под которым понимал стремление к самоосуществлению, а не только желание быть лучше других. Если чувства неполноценности очень сильны, то они приводят к компенсации, даже гиперкомпенсации неполноценности — к «комплексу неполноценности». Невроз развивается в том случае, если человек терпит неудачу при преодолении комплекса неполноценности; невроз позволяет пациенту сохранить чувство собственного достоинства, относя свою слабость за счет болезни.

Другой разновидностью психоанализа является эгопсихология (Анна Фрейд, 1946, Хартман, 1958, Клейн, 1960). Эгопсихологи рассматривали «эго» не просто как посредника в конфликтах между «ид», «суперэго» и средой, а как творческую, адаптивную силу. «Эго» ответственно за развитие языка, восприятие, внимание, планирование, обучение и другие психологические функции.

Теоретики неофрейдизма, такие, как Карен Хорни (1937), Эрих Фромм (1941), Гарри Салливен(1953), следовали путем Адлера, сосредоточившись на изучении того, как социальная среда участвует в формировании личности. Они считали, что наиболее значимым для формирования личности является удовлетворение социальных потребностей — потребностей в защищенности, безопасности, в признании (принятии). Когда эти потребности не удовлетворяются, люди испытывают сильный дискомфорт и стремятся решить проблему, используя других людей, получив от них то, .в чем они нуждаются. Стратегии, используемые для этого, — стремление к превосходству над другими или, напротив, чрезмерная зависимость от других — формируют личность. Салливен придавал столь большое значение межличностным отношениям, что определил личность как «паттерн интерперсонального поведения индивида».

В современном психодинамическомподходе линию неофрейдистов продолжают теоретики объектных отношений, такие, как Мелани Клейн (1975), Огго Кернберг (1976), Гейнц Кохут (1984).

Теории объектных отношений подчеркивают важность для личностного развития очень ранних отношений между детьми и их объектами любви, обычно матерью и первичными фигурами, обеспечивающими ребенку уход. Особенно критическим в жизни человека является то, как первичные фигуры обеспечивают поддержку, защиту, принятие и одобрение или, другими словами, удовлетворяют физические и психологические потребности ребенка. Природа этих объектных отношений имеет важный импульс для развития личности. В своем развитии здоровая личность проходит путь от надежной ранней привязанности к матери или ее заменителям через постепенное отдаление от объекта привязанности к способности строить отношения с другими людьми как независимый индивид. Нарушенные объектные отношения могут создавать проблемы, которые вмешиваются в процессы личностного развития и приводят к неадекватной самооценке, трудностям в межличностных отношениях или более серьезным психическим расстройствам.

Разновидностью психодинамической психотерапии является наша отечественная личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, разрабатываемая в Психоневрологическом институте им. Бехтерева, теоретической основой которой служит психология отношений В. Н. Мясищева (1960).

Главной целью этой модели является реконструкция системы отношений, нарушенной в процессе развития личности под воздействием социальных факторов, прежде всего искаженных межличностных отношений в родительской семье. Нарушенная система отношений не позволяет человеку рационально решать возникающие в трудной жизненной ситуации ин-трапсихические конфликты, что и приводит к возникновению невроза. Осознание конфликта является одной из важных задач в процессе психотерапии. Концепция личности В. Н. Мясищева и концепция личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии подробно излагаются в отдельных лекциях.

Феноменологический подход

Согласно феноменологическому подходу, каждый человек обладает уникальной способностью по-своему воспринимать и интерпретировать мир. На языке философии психическое переживание окружающего называется феноменом, а изучение того, как человек переживает реальность, — феноменологией.

Сторонники этого подхода убеждены, что не инстинкты, внутренние конфликты или стимулы среды детерминируют поведение человека, а его личное восприятие реальности в каждый данный момент. Человек — не арена для решения интрапсихических конфликтов и не бихевиоральнаяглина, из которой благодаря научению лепится личность, а, как говорил Сартр: «Человек — это его выборы». Люди сами себя контролируют, их поведение детерминировано способностью делать свой выбор — выбирать, как думать, и как поступать. Эти выборы продиктованы уникальным восприятием человеком мира. Например, если вы воспринимаете мир как дружелюбный и принимающий вас, то вы, скорее всего, будете чувствовать себя счастливым и в безопасности. Если же вы воспринимаете мир как враждебный и опасный, то вы, вероятно, будете тревожным и дефензивным (склонным к защитным реакциям). Феноменологические психологи рассматривают даже глубокую депрессию не как психическое заболевание, а как признак пессимистического восприятия индивидом жизни.

Фактически феноменологический подход оставляет за пределами своего рассмотрения инстинкты и процессы научения, которые являются общими и для людей, и для животных. Вместо этого феноменологический подход сосредоточивается на таких специфических психических качествах, которые выделяют человека из животного мира: сознание, самосознание, креативность, способность строить планы, принимать решения и ответственность за них. По этой причине феноменологический подход называется также гуманистическим.

Другое важное предположение этого подхода состоит в том, что у каждого человека есть врожденная потребность в реализации своего потенциала — в личностном росте, — хотя среда может блокировать этот рост. Люди от природы склонны к доброте, творчеству, любви, радости и другим высшим ценностям. Феноменологический подход подразумевает также, что никто не может по-настоящему понять другого человека или его поведение, если он не попытается взглянуть на мир глазами этого человека. Феноменологи, таким образом, полагают, что любое поведение человека, даже такое, которое кажется странным, исполнено смысла для того, кто его обнаруживает.

Эмоциональные нарушения отражают блокирование потребности в росте (в самоактуализации), вызванное искажениями восприятия или недостатком осознания чувств. Гуманистическая психотерапия основывается на следующих предположениях (D. Bernstein, E. Roy et al., 1988):

1. Лечение есть встреча равных людей («энкаунтер»), а не лекарство, прописываемое специалистом. Оно помогает пациенту восстановить свой естественный рост и чувствовать и вести себя в соответствии с тем, какой он есть на самом деле, а не с тем, каким он должен быть, по мнению других.

2. Улучшение у пациентов наступает само по себе, если терапевт создает правильные условия. Эти условия способствуют осознанности, самопринятию и выражению пациентами своих чувств. Особенно тех, которые они подавляли и которые блокируют их рост.

3. Как и при психодинамическомподходе, терапия способствует инсайту, однако в феноменологической терапии инсайт— это осознание текущих чувств и восприятий, а не бессознательных конфликтов. f. 3. Наилучший способ создания этих правильных (идеальных) условий — .установление отношений, при которых пациент чувствует безусловное принятие и поддержку. Терапевтические изменения достигаются не вследствие применения специфических техник, а вследствие переживания пациентом этих отношений.

4. Пациенты полностью ответственны за выбор своего образа мыслей и поведения.

Наиболее известными из форм феноменологической терапии являются «клиент-центрированная терапия» Карла Роджерса(1951) и «гештальт-терапия» Фредерика Перлза (1969).

Карл Роджерспрактиковал психодинамическую терапию в 30-х годах. Но скоро он начал сомневаться в ее ценности. Особенно не импонировало ему быть беспристрастным экспертом, который «понимает» пациента. Он убедился в том, что менее формальный подход более эффективен, и начал использовать так называемую «недирективную терапию», то есть он позволял своим пациентам решать, о чем говорить и когда, без направления, оценки или интерпретации со стороны терапевта. Этот подход сейчас называется «клиент-центрированнойтерапией», чтобы подчеркнуть роль клиента. Фундаментом лечения Роджерса является создание отношения, характеризуемого тремя важными и взаимосвязанными позициями («триада Роджерса»): безусловное позитивное отношение, эмпатия, конгруэнтность.

1. «Безусловное позитивноеотношение». Терапевт должен показать, что он искренне заботится о клиенте, принимает его как человека и доверяет его способности изменяться. Это не только требует готовности слушать клиента, не прерывая его, но также и принятия того, о чем говорится, без суждения и оценки, невзирая на то, каким бы «плохим» или «странным» это ни казалось. Терапевту не нужно одобрять все, что говорит клиент, но он должен Принять это как реальную часть оцениваемого человека. Терапевт должен также доверять клиентам в самостоятельном решении их собственных проблем, следовательно, он не дает советов. Совет, говорит Роджерс, несет скрытое сообщение о том, что клиент некомпетентен или неадекватен, — это Делает его менее уверенным и более зависимым от помощи.

2. Эмпатия. Многие формы терапии предлагают взгляд на пациента со стороны. Эмпатиятребует внутреннего взгляда, сосредоточения на том, что пациент может думать и чувствовать. Клиент-центрированный терапевт действует не как сторонний наблюдатель, который стремится наклеить диагностический ярлык на клиента, а как человек, который хочет понять, как выглядит мир с точки зрения клиента.

Об эмпатиинельзя сообщить: «Я понимаю» или: «Я знаю, что вы сейчас чувствуете». Терапевт передает эмпатию, показывая, что он активно слушает клиента. Подобно искусным интервьюерам, клиент-центрирован-ные терапевты вступают в контакт с клиентом с помощью глаз, кивают головой, когда пациент говорит, и оказывают другие знаки внимания. Используется также тактика, называемая отражением (рефлексией).Огра.-жение показывает, что терапевт активно слушает, а также помогает клиенту осознать те мысли и чувства, которые он переживает. Действительно, большинство клиентов реагируют на эмпатическоеотражение пристальным вниманием к своим чувствам.

3. Конгруэнтность — это согласованность между тем, что терапевт чувствует, и тем, как он ведет себя по отношению к клиенту. Это значит, что безусловное позитивное отношение терапевта и эмпатия являются настоящими, а не деланными. Переживание конгруэнтности терапевта позволяет клиенту увидеть, возможно впервые, что открытость и честность могут быть основой человеческих отношений.

В качестве иллюстрации использования на практике принципов Роджерса ниже приводится выдержка из его беседы с пациенткой (К. Роджерс, 1951, с. 49).

Клиент. Я не могу быть такой, какой я хочу быть. Пожалуй, у меня нет сил убить себя, но если бы кто-нибудь еще освободил меня от ответственности или если бы со мной произошел несчастный случай, я бы... я просто не хочу жить.

Терапевт В настоящее время все выглядит таким мрачным, что вы не видите смысла в жизни. (Заметьте использование эмпатическойрефлексии и отсутствие какой-либо критики.)

Клиент Да, я жалею, что согласилась на эту терапию. Я была счастлива, когда жила в мире моих грез. В нем я могла быть такой, какой хотела. Но теперь возникла такая широкая пропасть между моим идеалом и тем, что я есть... (Заметьте, что в ответ на рефлексию клиентка дает больше информации.)

Терапевт Да, я понимаю, как тяжело копаться в самой себе и что временами так заманчиво и удобно спрятаться в мире своих грез. (Рефлексия.)

Клиент; Мой мир грез или самоубийство... Одним словом, не стоит тратить ваше время, приходить два раза в неделю... я не достойна... Что вы думаете?

Терапевт. Это зависит от вас... Я не теряю своего времени. Я был бы рад встретиться с вами, когда бы вы не пришли, но решать вам... (Заметьте конгруэнтность в искреннем желании встречаться с пациенткой и безусловно позитивное отношение, выражающее-окв доверии к ее способности делать выбор и принимать за него ответственность.) >•,- Клиентка: Вы не собираетесь предложить мне приходить чаще? Вы не боитесь за меня и не считаете, что мне надо приходить каждый день, пока я не выберусь из этого? .. Терапевт Я верю, что вы сами можете принять решение. Я приму вас как только Вы захотите прийти. (Позитивное отношение).

Клиентка: (говорит с благоговейным страхом,): Я верю, что вам не страшно за меня... я понимаю... я могу бояться за себя, но вы не боитесь за меня. (Она переживает уверенность терапевта в ней.)

Терапевт Вы говорите, что можете бояться за себяи удивлены тем, что я не боюсь за вас? (Рефлексия.)

Клиент Вы больше доверяете мне, чем я сама. Возможно, я навещу вас на следующей неделе.

Клиентка была права. Терапевт действительно доверял ей больше, чем она сама себе (кстати, она не покончила с собой). Роджерс замечал, что в процессе клиент-центрированной терапии клиенты становятся не только более уверенными в себе, но они начинают лучше осознавать свои подлинные чувства, принимать себя, держаться более комфортно и естественно с другими людьми, в большей степени полагаться на собственную оценку, чем на мнения других, и становятся более продуктивными и спокойными.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД

Поведенческая терапия как систематический подход к диагностике и лечению психологических расстройств возникла относительно недавно — в конце 50-х годов. На ранних стадия развития поведенческая терапия определялась как приложение «современной теории научения» к лечению клинических проблем. Понятие «современные теории научения» относилось тогда к принципам и процедурам классического и оперантного обусловливания.

Теоретическим источником поведенческой терапии являлась концепция бихевиоризма американского зоопсихолога Watson (1913) и его последователей, которые поняли огромное научное значение павловского учения об условных рефлексах, но истолковали и использовали их механистически. Согласно взглядам бихевиористов, психическая деятельность человека должна исследоваться, как и у животных, лишь путем регистрации внешнего поведения и исчерпываться установлением соотношения между стимулами и реакциями организма независимо от влияния личности. В попытках смягчить явно механистические положения своих учителей необихевиористы (Tolman, 1932, Hull, 1943 и др.) позднее стали учитывать между стимулами и ответными реакциями так называемые «промежуточные переменные» — влияния среды, потребностей, навыков, наследственности, возраста, прошлого опыта и др. , но по-прежнему оставляли без внимания личность. По сути, бихевиоризм следовал давнему учению Декарта о «животных машинах» и концепции французского материалиста XVIII века Ламетри о «человеке-машине».

Основываясь на теориях научения, поведенческие терапевты рассматривали неврозы человека и аномалии личности как выражение выработанного в онтогенезе неадаптивного поведения. Wolpe (1969) определял поведенческую терапию как «применение экспериментально установленных принципов научения для целей изменения неадаптивного поведения. Неадаптивные привычки ослабевают и устраняются, адаптивные привычки возникают и усиливаются» (цит. по Р. А. Зачепицкому, 1975). При этом выяснение сложных психических причин развития психогенных расстройств считалось излишним. Frank (1971) заявлял даже, что вскрытие таких причин мало помогает лечению. Сосредоточение внимания на их последствиях, то есть на симптомах болезни, по мнению автора, имеет то преимущество, что последние можно непосредственно наблюдать, в то время как их психогенное происхождение улавливается лишь сквозь избирательную и искажающую память больного и предвзятых представлений врача. Более того, Eysenck (1960) утверждал, что достаточно избавить больного от симптомов, и тем самым будет устранен невроз.

С годами оптимизм в отношении особой действенности поведенческой терапии стал повсюду ослабевать, даже в среде ее видных основоположников. Так, Lazarus (1971) — ученик и бывший ближайший сотрудник Wolpe выступил с возражениями против утверждения своего учителя о том, что поведенческая терапия якобы вправе бросить вызов другим видам лечения как наиболее эффективная. На основании своих собственных катамнести-ческихданных Lazarus показал «обескураживающе высокую» частоту рецидивов после проведенной им терапии поведения у 112 больных. Наступившее разочарование ярко выразил, например, Ramsay (1972), написавший: «Первоначальные заявления поведенческих терапевтов относительно результатов лечения были изумляющими, но сейчас изменились... Диапазон расстройств с благоприятной реакцией на эту форму лечения в настоящее время невелик». О его сокращении сообщили и другие авторы, признавшие успешность поведенческих методов преимущественно при простых фобиях или при недостаточном интеллекте, когда больной не способен формулировать свои проблемы в вербальной форме.

Критики изолированного применения методов поведенческой терапии видят основной ее дефект в односторонней ориентации на действие элементарной техники условных подкреплений. Видный американский психиатр Wolberg (1971) указывал, например, что, когда психопата или алкоголика постоянно наказывают или отвергают за антисоциальное поведение, они и сами каются в своих поступках. Тем не менее на рецидив их толкает интенсивная внутренняя потребность, гораздо более сильная, чем условно-рефлекторное воздействие извне.

Коренной недостаток теории поведенческой терапии заключается не в признании важной роли условного рефлекса в нервно-психической деятельности человека, а в абсолютизации этой роли.

., В последние десятилетия поведенческая терапия претерпела существенные изменения как по своей природе, так и по размаху. Это связано с достижениями экспериментальной психологии и клинической практики. Теперь поведенческую терапию нельзя определить как приложение классического и оперантного обусловливания. Различные подходы в поведенческой терапии наших дней отличаются степенью использования когнитивных концепций и процедур.

КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Начало когнитивной терапии связывается с деятельностью Джорджа Келли (Ch. L. Doyle, 1987). В 20-х годах Джордж Келли использовал в своей клинической работе психоаналитические интерпретации. Его изумляло то, с какой легкостью пациенты принимали фрейдовские

концепции, которые сам Келли находил абсурдными. В качестве эксперимента Келли начал варьировать интерпретации, которые он давал пациентам, в рамках самых различных психодинамических школ.

Оказалось, что пациенты одинаково принимают предлагаемые им принципы и полны желания изменить свою жизнь в согласии с ними. Келли пришел к выводу, что ни фрейдовский анализ детских конфликтов, ни даже изучение прошлого как такового не имеют решающего значения. По мнению Келли, интерпретации Фрейда оказывались эффективными, поскольку они расшатывали привычный для пациентов способ мышления и предоставляли им возможность мыслить и понимать по-новому.

Успехи клинической практики при самых различных теоретических подходах, согласно Келли, объясняются тем, что в процессе терапии происходит изменение того, как люди интерпретируют свой опыт и как они смотрят на будущее. Люди становятся депрессивными или тревожными, потому что попадают в западню ригидных, неадекватных категорий собственного мышления. Например, некоторые люди полагают, что авторитетные фигуры всегда правы, поэтому любая критика со стороны авторитетной фигуры действует на них удручающе. Любая техника, приводящая к изменению этого убеждения, будь она основана на теории, которая связывает такое убеждение с эдиповым комплексом, со страхом потери родительской любви или с потребностью в духовном руководителе, будет эффективна. Келли решил создать техники для непосредственной коррекции неадекватных способов мышления.

Он предлагал пациентам осознать свои убеждения и проверить их. Например, тревожная, депрессивная пациентка была убеждена, что расхождение с мнением ее мужа вызовет в нем сильный гнев и агрессию. Келли настоял на том, чтобы она тем не менее попробовала высказать мужу собственное мнение. Выполнив задание, пациентка убедилась в том, что это не опасно. Такие домашние задания стали обычными в практике Келли. Иногда Келли предлагал пациентам даже роль новой личности с новым взглядом на себя и на других — сначала на сеансах терапии, а затем в реальной жизни. Он использовал также ролевые игры. Келли пришел к выводу, что сердцевиной неврозов является неадаптивное мышление. Проблемы невротика лежат в настоящих способах мышления, а не в прошлом. В задачу терапевта входит выяснение неосознаваемых категорий мышления, которые приводят к страданиям, и обучение новым способам мышления.

Келли был одним из первых психотерапевтов, которые старались непосредственно изменять мышление пациентов. Эта цель лежит в основе многих современных терапевтических подходов, которые объединяются понятием когнитивная терапия.

На настоящем этапе развития психотерапии когнитивный подход в чистом виде почти не практикуется: все когнитивные подходы в большей или меньшей степени используют поведенческие техники. Это справедливо и по отношению к «рационально-эмотивной терапии» А. Эллиса и к «когнитивной терапии» А. Бека.

ВОЗНИКНОВЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В экспериментальных работах в области когнитивной психологии, в частности исследованиях Пиаже, были сформулированы ясные научные принципы, которые можно было применить на практике. Даже изучение поведения животных показывало, что надо принимать во внимание их когнитивные возможности для понимания того, как у них происходит научение.

Кроме того, возникло понимание того, что поведенческие терапевты, сами того не подозревая, используют когнитивные возможности своих пациентов. Десенситизация, например, использует готовность и способность пациента к воображению. Тренинг социальных умений не является на самом деле обусловливанием: пациенты обучаются не специфическим реакциям на стимулы, а набору стратегий, необходимых для совладения с ситуациями страха. Использование воображения, новых способов мышления и применение стратегий включает когнитивные процессы.

У поведенческих и когнитивных терапевтов обнаружился ряд общих черт (Ch. L. Doyle, 1987).

1. И теи другие не интересуются причинами расстройств или прошлым пациентов, а имеют дело с настоящим: поведенческие терапевты сосредоточиваются на актуальном поведении, а когнитивные — на том, что думает человек о себе и о мире в настоящем.

2. И те и другие смотрят на терапию как на процесс научения, а на терапевта — как на учителя. Поведенческие терапевты учат новым способам поведения, а когнитивные — новым способам мышления.

3. И теи другие дают свои пациентам домашние задания, с тем чтобы те практиковали за пределами терапевтической среды то, что получили во время сеансов терапии.

4. И теи другие оказывают предпочтение практическому, лишенному абсурдности (имеется в виду психоанализ) подходу, не обремененному сложными теориями личности.

Клинической областью, сблизившей когнитивный и поведенческий подходы, явилась невротическая депрессия. Аарон Бек (1967), наблюдая больных с невротической депрессией, обратил внимание на то, что в их переживаниях постоянно звучали темы поражения, безнадежности и неадекватности. Бек заключил, что депрессия развивается у людей, воспринимающих мир в трех негативных категориях: 1) негативный взгляд на настоящее: что бы ни происходило, депрессивный человек сосредоточивается на негативных сторонах, хотя жизнь и предоставляет некоторый опыт, который приносит удовольствие большинству людей; 2) безнадежность в отношении будущего: депрессивный пациент, рисуя будущее, видит в нем только мрачные события; 3) сниженное чувство собственного достоинства: депрессивный пациент видит себя несостоятельным, недостойным и беспомощным.

Под влиянием идей Пиаже Бек концептуализировал проблемы депрессивного пациента: события ассимилируются в негавистическую, абсолютистскую когнитивную структуру, результатом чего является уход от действительности и социальной жизни. Пьяже также учил, что деятельность и ее последствия имеют силу изменять когнитивную структуру. Это привело Бека к составлению терапевтической программы, которая использовала некоторые из инструментов, разработанных поведенческими терапевтами (самоконтроль, ролевая игра, моделирование, домашние задания и др.).

Другим примером является рационально-эмотивная терапия Альберта Эллиса (1962). Эллис исходит скорее из феноменологической позиции, что тревога, чувство вины, депрессия и другие психологические проблемы вызываются не психотравмирующими ситуациями как таковыми, а тем, как люди воспринимают эти события, что они думают о них. Эллис говорит, например, что вы расстраиваетесь не из-за того, что провалились на экзамене, а потому, что считаете, что провал — это несчастье, которое указывает на вашу неспособность. Терапия Эллиса стремится в первую очередь идентифицировать подобные наносящие ущерб личности («самопоражающие») и

вызывающие проблемы мысли, которые пациент приобрел в результате неправильного научения, а затем помочь пациенту заменить эти малоадаптив-ныестереотипы мышления на более реалистические, используя при этом моделирование, поощрение и логику. Как и в когнитивной терапии А. Бека, в рационально-эмотивнойтерапии Эллиса много внимания уделяется поведенческим техникам, в том числе домашним заданиям.

Итак, новый этап в развитии поведенческой терапии знаменуется трансформацией ее классической модели, основанной на принципах классического и оперантного обусловливания, в когнитивно-поведенческуюмодель. Мишенью «чистого» поведенческого терапевта является изменение поведения; мишенью когнитивного терапевта — изменение в восприятии себя и окружающей действительности. Когнитивно-поведенческие терапевты признают и то и другое: знания о себе и мире влияют на поведение, а поведение и его последствия воздействуют на представления о себе и мире.

Когнитивно-поведенческие терапевты, как и их предшественники, не интересуются прошлым или причинами невротических расстройств. Они говорят, что никто не знает подлинных причин, а кроме того, не доказано, что знание причин имеет отношение к исцелению. Если больной приходит к врачу с переломом кости, в задачу врача входит его исправление, а не изучение условий, которые привели к нему.

ЛЕКЦИЯ ПЕРВАЯ

ПСИХОТЕРАПИЯ И ЕЕ ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

В литературе имеется много определений понятия «психотерапия». Это связано с тем, что психотерапия до сих пор еще не сложилась как единая наука с единым понятийным аппаратом, терминологией, теорией. Существует много психотерапевтических направлений, методов, поэтому многие определения основываются на тех или иных теоретических концепциях, исключая подходы иного рода. В солидных руководствах или справочниках по психотерапии приводятся развернутые определения, претендующие на научную точность, включающие возможно большее число переменных. Такие определения подчас похожи на головоломки, требующие немало сил для их осмысления. В качестве иллюстрации приведу пример такого далеко не самого трудного определения, взятого из одного англоязычного источника: «Психотерапия является формальным процессом взаимодействия между двумя группами, каждая из которых обычно состоит из одного человека, но в которых может быть двое или больше участников, преследующим цель уменьшения дистресса у одной из двух групп в любой из следующих сфер ограничения или нарушения функционирования: когнитивной (нарушения мышления), аффективной (страдание или эмоциональный дискомфорт), поведенческой (неадекватность поведения), при участии терапевта, опирающегося на теорию происхождения, развития, сохранения и изменения личности и какой-либо метод лечения, логически связанный с теорией, и имеющего профессиональное и юридическое право выступать в качестве терапевта» (цит. по:R. Cor-sini, 1989, с. 1). И все-таки это и подобные ему определения, несмотря на свою многосторонность, не могут претендовать на исчерпывающую точность. Поэтому S. Kratochvil (1978), например, советует ограничиться менее точным, но достаточно широким определением, которое не исключает a priori ни одной из существующих концепций. Одним из таких общепринятых у нас определений является следующее: «Психотерапия — это лечение различных заболеваний с помощью психологических методов».

Если это определение покажется кому-то слишком «медицинским», ограничивающим широкий спектр областей применения психотерапии, то можно привести другую редакцию: «Психотерапия — это использование психологических средств для восстановления нарушенной деятельности организма». В этом определении два момента нуждаются в пояснении: что понимается под нарушениями деятельности организма и какие средства относятся к психологическим.

Нарушения деятельности могут касаться как психических процессов и личности, так и соматических функций. Иными словами, речь идет о состояниях, обусловленных психогенезом или соматогенезом. К психологическим средствам относится прежде всего речь, но, как ни странно, и молчание, затем эмоции и эмоциональные отношения, мимика, различные виды научения, манипуляции в окружающей среде. В зависимости от того, насколько широк объем понятия «психологические средства», различают психотерапию в широком и узком смысле. Психотерапия в широком смысле слова включает социотерапию, лечение средой, трудотерапию; психотерапия в узком смысле ограничивается воздействием психотерапевта (или психотерапевтической группы) на пациента.

ЦЕЛИ И МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Общую для большинства психотерапевтических подходов цель психотерапии можно сформулировать вслед за D. Bernstein, E. Roy et al. (1988) следующим образом: общая цель психотерапии состоит в помощи пациентам изменить свое мышление и поведение таким образом, чтобы стать более счастливыми и продуктивными. При работе с пациентами эта цель дифференцируется на ряд задач, а именно:

1) терапевт помогает пациенту лучше понять свои проблемы;

2) устраняет эмоциональный дискомфорт;

3) поощряет свободное выражение чувств;

4) обеспечивает пациента новыми идеями или информацией о том, как решать проблемы;

5) помогает пациенту в проверке новых способов мышления и поведения за пределами терапевтической ситуации.

При решении этих задач терапевт прибегает к трем основным методам.

1. Во-первых, терапевт обеспечивает психологическую поддержку. Прежде всего, это значит сочувственно выслушать пациента и дать ему взвешенный совет в кризисной ситуации. Поддержка также заключается в том, чтобы помочь пациенту осознать и использовать свои силы и умения.

2. Второй метод терапии состоит в устранении дезадаптивного поведения и формировании новых, адаптивных стереотипов.

3. Инаконец, терапевт содействует инсайту (осознанию) и самораскрытию (самоэксплорации), в результате чего пациенты начинают лучше понимать свои мотивы, чувства, конфликты, ценности.

Несмотря на различия в теориях, целях и процедурах, психологическое лечение сводится к тому, что один человек пытается помочь другому (даже в том случае, когда речь идет о групповой психотерапии, при которой каждый участник является своего рода психотерапевтом по отношению к другому члену группы). Все методы лечения (не только психологического, а любого — терапевтического, хирургического и т.д.) имеют некоторые общие основные черты, или составляющие. (J. Frank,1978).

1. Человек, который страдает и ищет облегчения от своей проблемы. Это — клиент, или пациент.

2. Человек, который благодаря обучению или опыту воспринимается как способный оказывать помощь. Это — терапевт, или целитель.

Ъ. Теория, которая используется для объяснения проблем пациента. В Медицине теория включает, например, инфекционный фактор, другие биологические процессы. В некоторых культурах теория может включать фактор проклятия или одержимости злыми духами. В психологии теория включает психодинамику, принципы научения или другие психические факторы.

4. Набор процедур для решения проблем пациента. Эти процедуры непосредственно связаны с теорией. Так, знахарь или экзорцист борется со сверхъестественными силами с помощью специальных церемоний или заклинаний, а врач лечит инфекцию антибиотиками.

5. Специальное социальное отношение между клиентом и терапевтом, которое помогает облегчить проблемы клиента. Терапевт стремится к созданию такой атмосферы, которая позволяет пациенту с оптимизмом смотреть на решение своих проблем. Он верит, что методы, используемые терапевтом, помогут ему, вследствие чего у него возникает мотивация к работе над решением проблем. Отношение является фактором, характерным для всех форм лечения. В медицине улучшение физического или психического состояния пациента связывается обычно с действием лекарств или хирургическим вмешательством, но эффективность лечения частично зависит от ожиданий пациента и его веры в лечение. В магическом или религиозном лечении специфические процедуры значительно менее важны: более важным является позитивное отношение и ожидания, связанные с этими процедурами. Между этими крайними полюсами — медициной и магическим лечением — располагаются психологические методы лечения. Используя набор специфических процедур, большинство психотерапевтов пытается также создать позитивное отношение, потому что оно увеличивает шансы на успешное лечение. Некоторые терапевты подчеркивают фактор отношения в большей степени, чем другие факторы (мы увидим это на примере клиент-центрированной психотерапии Роджерса).

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Основными направлениями, или подходами, в психотерапии являются три: психодинамический, феноменологический (экзистенциально-гуманистический), поведенческий (когнитивно-поведенческий).

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Для того чтобы понять сущность этого подхода, необходимо обратиться к основам теории личности его создателя Зигмунда Фрейда.

Психодинамический подход утверждает, что мысли, чувства и поведение человека детерминированы бессознательными психическими процессами. Фрейд сравнивал личность человека с айсбергом: верхушку айсберга представляет сознание, основную же массу, расположенную под водой и не видимую, — бессознательное.

Личность, по Фрейду, состоит из трех главных компонентов. Первый компонент — «ид» (оно) — резервуар бессознательной энергии, называемой либидо. «Ид» включает базальные инстинкты, желания и импульсы, с которыми люди рождаются, а именно: Эрос — инстинкт удовольствия и секса и Танатос — инстинкт смерти, который может мотивировать агрессию или деструктивность по отношению к себе или другим. «Ид» ищет немедленного удовлетворения, невзирая на социальные нормы или права и чувства других. Другими словами, «ид» действует согласно принципу удовольствия.

Второй компонент личности — «эго» (я). Это — разум. «Эго» ищет пути удовлетворения инстинктов с учетом норм и правил общества. «Эго» находит компромиссы между неразумными

требованиями «ид» и требованиями реального мира — оно действует согласно принципу реальности. «Эго» пытается удовлетворить потребности, защитив при этом человека от физического и эмоционального ущерба, который может явиться следствием осознания, не говоря уже об отреагировании, импульсов, исходящих из «ид» . «Эго» — исполнительная власть личности.

Третий компонент личности — «суперэго». Этот компонент развивается в процессе воспитания как результат интернализации родительских и социальных ценностей. Фрейд использует для этого процесса термин «интроек-ция». «Суперэго» включает интроецированные ценности, наши «надо» и «нельзя». Это наша совесть. «Суперэго» действует на основе морального принципа, нарушение его норм приводит к чувству вины.

Инстинкты (ид), разум (эго) и мораль (суперэго) часто не ладят между собой, приходят в столкновение — возникают интрапснхнческие, или психодинамические, конфликты. Фрейд считал, что число этих конфликтов, их природа и способы разрешения придают форму личности и определяют многие аспекты поведения. Личность отражается в том, как человек решает задачу удовлетворения широкого спектра потребностей.

В норме, адаптивное поведение связывается с малым количеством конфликтов или с эффективным их решением. Многочисленные, тяжелые или плохо управляемые конфликты приводят к отклоняющимся чертам личности или к психическим расстройствам.

Наиболее важная функция «эго» — образование защитных механизмов против тревоги и вины. Механизмы защиты — это бессознательная психологическая тактика, помогающая защитить человека от неприятных эмоций. Это — вытеснение, проекция, образование реакции, интеллектуализация, рационализация, отрицание, сублимация и др. Невротическая тревога, по Фрейду, это сигнал того, что бессознательные импульсы угрожают преодолеть защитные механизмы и достичь сознания.

Благодаря действию защитных механизмов бессознательное становится трудным для исследования, но Фрейд разработал для этого метод — психоанализ. Психоанализ включает толкование свободных ассоциаций, сновидений, обыденного поведения (обмолвок, ошибок памяти и др.), анализ переноса.

Психоанализ (и любой другой метод в рамках психодинамического подхода) ставит перед собой две основные задачи:

1. Добиться у пациента осознания (инсайта) интрапсихического, или психодинамического, конфликта.

2. Проработать конфликт, то есть проследить, как он влияет на актуальное поведение и на интерперсональныеотношения.

Например, психоанализ помогает пациенту осознать скрытое, подавленное чувство гнева по отношению к родителю. Это осознание дальше дополняется работой над тем, чтобы пациент эмоционально пережил и освободил подавляемый гнев (катарсис). Эта работа помогает затем пациенту осознать, как бессознательный конфликт и связанные с ним защитные механизмы создают межличностные проблемы. Так, враждебность пациента к начальнику, старшему сотруднику или другой «родительской фигуре» может являться символическим, бессознательным отреагированием детских конфликтов с родителем.

Теперь мы можем сформулировать сущность психодинамического подхода в психотерапии: это подход, который подчеркивает важность для понимания генеза и лечения эмоциональных расстройств интрапсихических конфликтов, которые являются результатом динамической и часто бессознательной борьбы противоречивых мотивов внутри личности.

РАЗНОВИДНОСТИ ПСИХОАНАЛИЗА

Классический фрейдовский психоанализ сейчас не так популярен, как когда-то. Частично это связано с тем, что теория личности Фрейда, основанная на инстинктах, устарела, частично же с тем, что психоанализ дорог и требует много времени. Больше всего подвергалась критике идея Фрейда о том, что все симптомы являются реакцией нажонфликт, вызванный фрустрацией инфантильных сексуальных импульсов. Появилось много разновидностей психодинамических теорий личности и лечения эмоциональных нарушений.

Некоторые из этих разновидностей в меньшей степени, чем фрейдизм, фокусированы на «ид», бессознательном и прошлом. Они уделяют больше внимания актуальным проблемам и тому, как можно использовать «силу эго» для их решения. В этих терапиях клиентам помогают осознать не «эдипов комплекс», а то, как глубинные чувства тревоги, неуверенности и неполноценности приводят к эмоциональным нарушениям и проблемам в отношениях с другими.

Сюда входитпрежде всего индивидуальная психология Альфреда Адлера (1927), который подчеркивал роль врожденных социальных побуждений в формировании личности. Адлер предположил, что каждый человек рождается в беспомощном, зависимом состоянии, которое создает чувство неполноценности. Это негативное чувство, соединенное с природным желанием стать «оперившимся» членом общества, является стимулом для развития личности. Адлер объяснял этот процесс как стремление к превосходству, под которым понимал стремление к самоосуществлению, а не только желание быть лучше других. Если чувства неполноценности очень сильны, то они приводят к компенсации, даже гиперкомпенсации неполноценности — к «комплексу неполноценности». Невроз развивается в том случае, если человек терпит неудачу при преодолении комплекса неполноценности; невроз позволяет пациенту сохранить чувство собственного достоинства, относя свою слабость за счет болезни.

Другой разновидностью психоанализа является эгопсихология (Анна Фрейд, 1946, Хартман, 1958, Клейн, 1960). Эгопсихологи рассматривали «эго» не просто как посредника в конфликтах между «ид», «суперэго» и средой, а как творческую, адаптивную силу. «Эго» ответственно за развитие языка, восприятие, внимание, планирование, обучение и другие психологические функции.

Теоретики неофрейдизма, такие, как Карен Хорни (1937), Эрих Фромм (1941), Гарри Салливен(1953), следовали путем Адлера, сосредоточившись на изучении того, как социальная среда участвует в формировании личности. Они считали, что наиболее значимым для формирования личности является удовлетворение социальных потребностей — потребностей в защищенности, безопасности, в признании (принятии). Когда эти потребности не удовлетворяются, люди испытывают сильный дискомфорт и стремятся решить проблему, используя других людей, получив от них то, .в чем они нуждаются. Стратегии, используемые для этого, — стремление к превосходству над другими или, напротив, чрезмерная зависимость от других — формируют личность. Салливен придавал столь большое значение межличностным отношениям, что определил личность как «паттерн интерперсонального поведения индивида».

В современном психодинамическомподходе линию неофрейдистов продолжают теоретики объектных отношений, такие, как Мелани Клейн (1975), Огго Кернберг (1976), Гейнц Кохут (1984).

Теории объектных отношений подчеркивают важность для личностного развития очень ранних отношений между детьми и их объектами любви, обычно матерью и первичными фигурами, обеспечивающими ребенку уход. Особенно критическим в жизни человека является то, как первичные фигуры обеспечивают поддержку, защиту, принятие и одобрение или, другими словами, удовлетворяют физические и психологические потребности ребенка. Природа этих объектных отношений имеет важный импульс для развития личности. В своем развитии здоровая личность проходит путь от надежной ранней привязанности к матери или ее заменителям через постепенное отдаление от объекта привязанности к способности строить отношения с другими людьми как независимый индивид. Нарушенные объектные отношения могут создавать проблемы, которые вмешиваются в процессы личностного развития и приводят к неадекватной самооценке, трудностям в межличностных отношениях или более серьезным психическим расстройствам.

Разновидностью психодинамической психотерапии является наша отечественная личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, разрабатываемая в Психоневрологическом институте им. Бехтерева, теоретической основой которой служит психология отношений В. Н. Мясищева (1960).

Главной целью этой модели является реконструкция системы отношений, нарушенной в процессе развития личности под воздействием социальных факторов, прежде всего искаженных межличностных отношений в родительской семье. Нарушенная система отношений не позволяет человеку рационально решать возникающие в трудной жизненной ситуации ин-трапсихические конфликты, что и приводит к возникновению невроза. Осознание конфликта является одной из важных задач в процессе психотерапии. Концепция личности В. Н. Мясищева и концепция личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии подробно излагаются в отдельных лекциях.

феноменологический подход

Согласно феноменологическому подходу, каждый человек обладает уникальной способностью по-своему воспринимать и интерпретировать мир. На языке философии психическое переживание окружающего называется феноменом, а изучение того, как человек переживает реальность, — феноменологией.

Сторонники этого подхода убеждены, что не инстинкты, внутренние конфликты или стимулы среды детерминируют поведение человека, а его личное восприятие реальности в каждый данный момент. Человек — не арена для решения интрапсихических конфликтов и не бихевиоральнаяглина, из которой благодаря научению лепится личность, а, как говорил Сартр: «Человек — это его выборы». Люди сами себя контролируют, их поведение детерминировано способностью делать свой выбор — выбирать, как думать, и как поступать. Эти выборы продиктованы уникальным восприятием человеком мира. Например, если вы воспринимаете мир как дружелюбный и принимающий вас, то вы, скорее всего, будете чувствовать себя счастливым и в безопасности. Если же вы воспринимаете мир как враждебный и опасный, то вы, вероятно, будете тревожным и дефензивным (склонным к защитным реакциям). Феноменологические психологи рассматривают даже глубокую депрессию не как психическое заболевание, а как признак пессимистического восприятия индивидом жизни.

Фактически феноменологический подход оставляет за пределами своего рассмотрения инстинкты и процессы научения, которые являются общими и для людей, и для животных. Вместо этого феноменологический подход сосредоточивается на таких специфических психических качествах, которые выделяют человека из животного мира: сознание, самосознание, креативность, способность строить планы, принимать решения и ответственность за них. По этой причине феноменологический подход называется также гуманистическим.

Другое важное предположение этого подхода состоит в том, что у каждого человека есть врожденная потребность в реализации своего потенциала — в личностном росте, — хотя среда может блокировать этот рост. Люди от природы склонны к доброте, творчеству, любви, радости и другим высшим ценностям. Феноменологический подход подразумевает также, что никто не может по-настоящему понять другого человека или его поведение, если он не попытается взглянуть на мир глазами этого человека. Феноменологи, таким образом, полагают, что любое поведение человека, даже такое, которое кажется странным, исполнено смысла для того, кто его обнаруживает.

Эмоциональные нарушения отражают блокирование потребности в росте (в самоактуализации), вызванное искажениями восприятия или недостатком осознания чувств. Гуманистическая психотерапия основывается на следующих предположениях (D. Bernstein, E. Roy et al., 1988):

1. Лечение есть встреча равных людей («энкаунтер»), а не лекарство, прописываемое специалистом. Оно помогает пациенту восстановить свой естественный рост и чувствовать и вести себя в соответствии с тем, какой он есть на самом деле, а не с тем, каким он должен быть, по мнению других.

2. Улучшение у пациентов наступает само по себе, если терапевт создает правильные условия. Эти условия способствуют осознанности, самопринятию и выражению пациентами своих чувств. Особенно тех, которые они подавляли и которые блокируют их рост.

3. Как и при психодинамическомподходе, терапия способствует инсайту, однако в феноменологической терапии инсайт— это осознание текущих чувств и восприятий, а не бессознательных конфликтов. f. 3. Наилучший способ создания этих правильных (идеальных) условий — .установление отношений, при которых пациент чувствует безусловное принятие и поддержку. Терапевтические изменения достигаются не вследствие применения специфических техник, а вследствие переживания пациентом этих отношений.

4. Пациенты полностью ответственны за выбор своего образа мыслей и поведения.

Наиболее известными из форм феноменологической терапии являются «клиент-центрированная терапия» Карла Роджерса(1951) и «гештальт-терапия» Фредерика Перлза (1969).

Карл Роджерспрактиковал психодинамическую терапию в 30-х годах. Но скоро он начал сомневаться в ее ценности. Особенно не импонировало ему быть беспристрастным экспертом, который «понимает» пациента. Он убедился в том, что менее формальный подход более эффективен, и начал использовать так называемую «недирективную терапию», то есть он позволял своим пациентам решать, о чем говорить и когда, без направления, оценки или интерпретации со стороны терапевта. Этот подход сейчас называется «клиент-центрированнойтерапией», чтобы подчеркнуть роль клиента. Фундаментом лечения Роджерса является создание отношения, характеризуемого тремя важными и взаимосвязанными позициями («триада Роджерса»): безусловное позитивное отношение, эмпатия, конгруэнтность.

1. «Безусловное позитивноеотношение». Терапевт должен показать, что он искренне заботится о клиенте, принимает его как человека и доверяет его способности изменяться. Это не только требует готовности слушать клиента, не прерывая его, но также и принятия того, о чем говорится, без суждения и оценки, невзирая на то, каким бы «плохим» или «странным» это ни казалось. Терапевту не нужно одобрять все, что говорит клиент, но он должен Принять это как реальную часть оцениваемого человека. Терапевт должен также доверять клиентам в самостоятельном решении их собственных проблем, следовательно, он не дает советов. Совет, говорит Роджерс, несет скрытое сообщение о том, что клиент некомпетентен или неадекватен, — это Делает его менее уверенным и более зависимым от помощи.

2. Эмпатия. Многие формы терапии предлагают взгляд на пациента со стороны. Эмпатиятребует внутреннего взгляда, сосредоточения на том, что пациент может думать и чувствовать. Клиент-центрированный терапевт действует не как сторонний наблюдатель, который стремится наклеить диагностический ярлык на клиента, а как человек, который хочет понять, как выглядит мир с точки зрения клиента.

Об эмпатиинельзя сообщить: «Я понимаю» или: «Я знаю, что вы сейчас чувствуете». Терапевт передает эмпатию, показывая, что он активно слушает клиента. Подобно искусным интервьюерам, клиент-центрирован-ные терапевты вступают в контакт с клиентом с помощью глаз, кивают головой, когда пациент говорит, и оказывают другие знаки внимания. Используется также тактика, называемая отражением (рефлексией).Огра.-жение показывает, что терапевт активно слушает, а также помогает клиенту осознать те мысли и чувства, которые он переживает. Действительно, большинство клиентов реагируют на эмпатическоеотражение пристальным вниманием к своим чувствам.

3. Конгруэнтность — это согласованность между тем, что терапевт чувствует, и тем, как он ведет себя по отношению к клиенту. Это значит, что безусловное позитивное отношение терапевта и эмпатия являются настоящими, а не деланными. Переживание конгруэнтности терапевта позволяет клиенту увидеть, возможно впервые, что открытость и честность могут быть основой человеческих отношений.

В качестве иллюстрации использования на практике принципов Роджерса ниже приводится выдержка из его беседы с пациенткой (К. Роджерс, 1951, с. 49).

Клиент. Я не могу быть такой, какой я хочу быть. Пожалуй, у меня нет сил убить себя, но если бы кто-нибудь еще освободил меня от ответственности или если бы со мной произошел несчастный случай, я бы... я просто не хочу жить.

Терапевт В настоящее время все выглядит таким мрачным, что вы не видите смысла в жизни. (Заметьте использование эмпатическойрефлексии и отсутствие какой-либо критики.)

Клиент Да, я жалею, что согласилась на эту терапию. Я была счастлива, когда жила в мире моих грез. В нем я могла быть такой, какой хотела. Но теперь возникла такая широкая пропасть между моим идеалом и тем, что я есть... (Заметьте, что в ответ на рефлексию клиентка дает больше информации.)

Терапевт Да, я понимаю, как тяжело копаться в самой себе и что временами так заманчиво и удобно спрятаться в мире своих грез. (Рефлексия.)

Клиент; Мой мир грез или самоубийство... Одним словом, не стоит тратить ваше время, приходить два раза в неделю... я не достойна... Что вы думаете?

Терапевт. Это зависит от вас... Я не теряю своего времени. Я был бы рад встретиться с вами, когда бы вы не пришли, но решать вам... (Заметьте конгруэнтность в искреннем желании встречаться с пациенткой и безусловно позитивное отношение, выражающее-окв доверии к ее способности делать выбор и принимать за него ответственность.) >•,- Клиентка: Вы не собираетесь предложить мне приходить чаще? Вы не боитесь за меня и не считаете, что мне надо приходить каждый день, пока я не выберусь из этого? .. Терапевт Я верю, что вы сами можете принять решение. Я приму вас как только Вы захотите прийти. (Позитивное отношение).

Клиентка: (говорит с благоговейным страхом,): Я верю, что вам не страшно за меня... я понимаю... я могу бояться за себя, но вы не боитесь за меня. (Она переживает уверенность терапевта в ней.)

Терапевт Вы говорите, что можете бояться за себяи удивлены тем, что я не боюсь за вас? (Рефлексия.)

Клиент Вы больше доверяете мне, чем я сама. Возможно, я навещу вас на следующей неделе.

Клиентка была права. Терапевт действительно доверял ей больше, чем она сама себе (кстати, она не покончила с собой). Роджерс замечал, что в процессе клиент-центрированной терапии клиенты становятся не только более уверенными в себе, но они начинают лучше осознавать свои подлинные чувства, принимать себя, держаться более комфортно и естественно с другими людьми, в большей степени полагаться на собственную оценку, чем на мнения других, и становятся более продуктивными и спокойными.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД

Поведенческая терапия как систематический подход к диагностике и лечению психологических расстройств возникла относительно недавно — в конце 50-х годов. На ранних стадия развития поведенческая терапия определялась как приложение «современной теории научения» к лечению клинических проблем. Понятие «современные теории научения» относилось тогда к принципам и процедурам классического и оперантного обусловливания.

Теоретическим источником поведенческой терапии являлась концепция бихевиоризма американского зоопсихолога Watson (1913) и его последователей, которые поняли огромное научное значение павловского учения об условных рефлексах, но истолковали и использовали их механистически. Согласно взглядам бихевиористов, психическая деятельность человека должна исследоваться, как и у животных, лишь путем регистрации внешнего поведения и исчерпываться установлением соотношения между стимулами и реакциями организма независимо от влияния личности. В попытках смягчить явно механистические положения своих учителей необихевиористы (Tolman, 1932, Hull, 1943 и др.) позднее стали учитывать между стимулами и ответными реакциями так называемые «промежуточные переменные» — влияния среды, потребностей, навыков, наследственности, возраста, прошлого опыта и др. , но по-прежнему оставляли без внимания личность. По сути, бихевиоризм следовал давнему учению Декарта о «животных машинах» и концепции французского материалиста XVIII века Ламетри о «человеке-машине».

Основываясь на теориях научения, поведенческие терапевты рассматривали неврозы человека и аномалии личности как выражение выработанного в онтогенезе неадаптивного поведения. Wolpe (1969) определял поведенческую терапию как «применение экспериментально установленных принципов научения для целей изменения неадаптивного поведения. Неадаптивные привычки ослабевают и устраняются, адаптивные привычки возникают и усиливаются» (цит. по Р. А. Зачепицкому, 1975). При этом выяснение сложных психических причин развития психогенных расстройств считалось излишним. Frank (1971) заявлял даже, что вскрытие таких причин мало помогает лечению. Сосредоточение внимания на их последствиях, то есть на симптомах болезни, по мнению автора, имеет то преимущество, что последние можно непосредственно наблюдать, в то время как их психогенное происхождение улавливается лишь сквозь избирательную и искажающую память больного и предвзятых представлений врача. Более того, Eysenck (1960) утверждал, что достаточно избавить больного от симптомов, и тем самым будет устранен невроз.

С годами оптимизм в отношении особой действенности поведенческой терапии стал повсюду ослабевать, даже в среде ее видных основоположников. Так, Lazarus (1971) — ученик и бывший ближайший сотрудник Wolpe выступил с возражениями против утверждения своего учителя о том, что поведенческая терапия якобы вправе бросить вызов другим видам лечения как наиболее эффективная. На основании своих собственных катамнести-ческихданных Lazarus показал «обескураживающе высокую» частоту рецидивов после проведенной им терапии поведения у 112 больных. Наступившее разочарование ярко выразил, например, Ramsay (1972), написавший: «Первоначальные заявления поведенческих терапевтов относительно результатов лечения были изумляющими, но сейчас изменились... Диапазон расстройств с благоприятной реакцией на эту форму лечения в настоящее время невелик». О его сокращении сообщили и другие авторы, признавшие успешность поведенческих методов преимущественно при простых фобиях или при недостаточном интеллекте, когда больной не способен формулировать свои проблемы в вербальной форме.

Критики изолированного применения методов поведенческой терапии видят основной ее дефект в односторонней ориентации на действие элементарной техники условных подкреплений. Видный американский психиатр Wolberg (1971) указывал, например, что, когда психопата или алкоголика постоянно наказывают или отвергают за антисоциальное поведение, они и сами каются в своих поступках. Тем не менее на рецидив их толкает интенсивная внутренняя потребность, гораздо более сильная, чем условно-рефлекторное воздействие извне.

Коренной недостаток теории поведенческой терапии заключается не в признании важной роли условного рефлекса в нервно-психической деятельности человека, а в абсолютизации этой роли.

., В последние десятилетия поведенческая терапия претерпела существенные изменения как по своей природе, так и по размаху. Это связано с достижениями экспериментальной психологии и клинической практики. Теперь поведенческую терапию нельзя определить как приложение классического и оперантного обусловливания. Различные подходы в поведенческой терапии наших дней отличаются степенью использования когнитивных концепций и процедур.

КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Начало когнитивной терапии связывается с деятельностью Джорджа Келли (Ch. L. Doyle, 1987). В 20-х годах Джордж Келли использовал в своей клинической работе психоаналитические интерпретации. Его изумляло то, с какой легкостью пациенты принимали фрейдовские

концепции, которые сам Келли находил абсурдными. В качестве эксперимента Келли начал варьировать интерпретации, которые он давал пациентам, в рамках самых различных психодинамических школ.

Оказалось, что пациенты одинаково принимают предлагаемые им принципы и полны желания изменить свою жизнь в согласии с ними. Келли пришел к выводу, что ни фрейдовский анализ детских конфликтов, ни даже изучение прошлого как такового не имеют решающего значения. По мнению Келли, интерпретации Фрейда оказывались эффективными, поскольку они расшатывали привычный для пациентов способ мышления и предоставляли им возможность мыслить и понимать по-новому.

Успехи клинической практики при самых различных теоретических подходах, согласно Келли, объясняются тем, что в процессе терапии происходит изменение того, как люди интерпретируют свой опыт и как они смотрят на будущее. Люди становятся депрессивными или тревожными, потому что попадают в западню ригидных, неадекватных категорий собственного мышления. Например, некоторые люди полагают, что авторитетные фигуры всегда правы, поэтому любая критика со стороны авторитетной фигуры действует на них удручающе. Любая техника, приводящая к изменению этого убеждения, будь она основана на теории, которая связывает такое убеждение с эдиповым комплексом, со страхом потери родительской любви или с потребностью в духовном руководителе, будет эффективна. Келли решил создать техники для непосредственной коррекции неадекватных способов мышления.

Он предлагал пациентам осознать свои убеждения и проверить их. Например, тревожная, депрессивная пациентка была убеждена, что расхождение с мнением ее мужа вызовет в нем сильный гнев и агрессию. Келли настоял на том, чтобы она тем не менее попробовала высказать мужу собственное мнение. Выполнив задание, пациентка убедилась в том, что это не опасно. Такие домашние задания стали обычными в практике Келли. Иногда Келли предлагал пациентам даже роль новой личности с новым взглядом на себя и на других — сначала на сеансах терапии, а затем в реальной жизни. Он использовал также ролевые игры. Келли пришел к выводу, что сердцевиной неврозов является неадаптивное мышление. Проблемы невротика лежат в настоящих способах мышления, а не в прошлом. В задачу терапевта входит выяснение неосознаваемых категорий мышления, которые приводят к страданиям, и обучение новым способам мышления.

Келли был одним из первых психотерапевтов, которые старались непосредственно изменять мышление пациентов. Эта цель лежит в основе многих современных терапевтических подходов, которые объединяются понятием когнитивная терапия.

На настоящем этапе развития психотерапии когнитивный подход в чистом виде почти не практикуется: все когнитивные подходы в большей или меньшей степени используют поведенческие техники. Это справедливо и по отношению к «рационально-эмотивной терапии» А. Эллиса и к «когнитивной терапии» А. Бека.

ВОЗНИКНОВЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В экспериментальных работах в области когнитивной психологии, в частности исследованиях Пиаже, были сформулированы ясные научные принципы, которые можно было применить на практике. Даже изучение поведения животных показывало, что надо принимать во внимание их когнитивные возможности для понимания того, как у них происходит научение.

Кроме того, возникло понимание того, что поведенческие терапевты, сами того не подозревая, используют когнитивные возможности своих пациентов. Десенситизация, например, использует готовность и способность пациента к воображению. Тренинг социальных умений не является на самом деле обусловливанием: пациенты обучаются не специфическим реакциям на стимулы, а набору стратегий, необходимых для совладения с ситуациями страха. Использование воображения, новых способов мышления и применение стратегий включает когнитивные процессы.

У поведенческих и когнитивных терапевтов обнаружился ряд общих черт (Ch. L. Doyle, 1987).

1. И теи другие не интересуются причинами расстройств или прошлым пациентов, а имеют дело с настоящим: поведенческие терапевты сосредоточиваются на актуальном поведении, а когнитивные — на том, что думает человек о себе и о мире в настоящем.

2. И те и другие смотрят на терапию как на процесс научения, а на терапевта — как на учителя. Поведенческие терапевты учат новым способам поведения, а когнитивные — новым способам мышления.

3. И теи другие дают свои пациентам домашние задания, с тем чтобы те практиковали за пределами терапевтической среды то, что получили во время сеансов терапии.

4. И теи другие оказывают предпочтение практическому, лишенному абсурдности (имеется в виду психоанализ) подходу, не обремененному сложными теориями личности.

Клинической областью, сблизившей когнитивный и поведенческий подходы, явилась невротическая депрессия. Аарон Бек (1967), наблюдая больных с невротической депрессией, обратил внимание на то, что в их переживаниях постоянно звучали темы поражения, безнадежности и неадекватности. Бек заключил, что депрессия развивается у людей, воспринимающих мир в трех негативных категориях: 1) негативный взгляд на настоящее: что бы ни происходило, депрессивный человек сосредоточивается на негативных сторонах, хотя жизнь и предоставляет некоторый опыт, который приносит удовольствие большинству людей; 2) безнадежность в отношении будущего: депрессивный пациент, рисуя будущее, видит в нем только мрачные события; 3) сниженное чувство собственного достоинства: депрессивный пациент видит себя несостоятельным, недостойным и беспомощным.

Под влиянием идей Пиаже Бек концептуализировал проблемы депрессивного пациента: события ассимилируются в негавистическую, абсолютистскую когнитивную структуру, результатом чего является уход от действительности и социальной жизни. Пьяже также учил, что деятельность и ее последствия имеют силу изменять когнитивную структуру. Это привело Бека к составлению терапевтической программы, которая использовала некоторые из инструментов, разработанных поведенческими терапевтами (самоконтроль, ролевая игра, моделирование, домашние задания и др.).

Другим примером является рационально-эмотивная терапия Альберта Эллиса (1962). Эллис исходит скорее из феноменологической позиции, что тревога, чувство вины, депрессия и другие психологические проблемы вызываются не психотравмирующими ситуациями как таковыми, а тем, как люди воспринимают эти события, что они думают о них. Эллис говорит, например, что вы расстраиваетесь не из-за того, что провалились на экзамене, а потому, что считаете, что провал — это несчастье, которое указывает на вашу неспособность. Терапия Эллиса стремится в первую очередь идентифицировать подобные наносящие ущерб личности («самопоражающие») и

вызывающие проблемы мысли, которые пациент приобрел в результате неправильного научения, а затем помочь пациенту заменить эти малоадаптив-ныестереотипы мышления на более реалистические, используя при этом моделирование, поощрение и логику. Как и в когнитивной терапии А. Бека, в рационально-эмотивнойтерапии Эллиса много внимания уделяется поведенческим техникам, в том числе домашним заданиям.

Итак, новый этап в развитии поведенческой терапии знаменуется трансформацией ее классической модели, основанной на принципах классического и оперантного обусловливания, в когнитивно-поведенческуюмодель. Мишенью «чистого» поведенческого терапевта является изменение поведения; мишенью когнитивного терапевта — изменение в восприятии себя и окружающей действительности. Когнитивно-поведенческие терапевты признают и то и другое: знания о себе и мире влияют на поведение, а поведение и его последствия воздействуют на представления о себе и мире.

Когнитивно-поведенческие терапевты, как и их предшественники, не интересуются прошлым или причинами невротических расстройств. Они говорят, что никто не знает подлинных причин, а кроме того, не доказано, что знание причин имеет отношение к исцелению. Если больной приходит к врачу с переломом кости, в задачу врача входит его исправление, а не изучение условий, которые привели к нему.

Лекция 2.

ГРУППОВАЯ ПСИХОПАТИЯ

До недавнего времени термин "групповая психотерапия" нередко употреблялся в случае применения гипноза или ауто генной тренировки в группе больных. Однако в этих случаях ведущим групповым феноменом, используемым психотерапевтом, является групповая индукция. Специфика же групповой психо терапии как самостоятельного метода заключается в целенаправленном использовании в лечебных целях групповой динами ки, т.е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы. Групповая динамика представляет собой развитие или движение группы во времени (S. Kratochvil, 1978). Этим групповая психотерапия отличается от индивидуальной, при которой наблюдаются взаимоотношения между терапевтом и отдельным пациентом.

ЦЕЛИ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Цели групповой психотерапии формируются по-разному в рамках различных подходов, однако, несмотря на различия, можно указать на общие цели, обусловленные самой спецификой метода групповой психотерапии:

1) исследование психологической проблемы каждого члена группы и оказание ему помощи в ее решении;

2) изменение неадаптированых стереотипов поведения и достижение адекватной социальной адаптации;

3) приобретение знаний о закономерностях межличностных и групповых процессов для создания основы более эффективного и гармоничного общения с людьми (повышение социальной компетентности);

4) содействие процессу личностного роста, реализации человеческого потенциала, достижению оптимальной работоспособности и ощущения счастья;

5) устранение болезненных симптомов.

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ГРУППОВОГО ПРОЦЕССА

НОРМА ГРУППЫ

В процессе работы группы в ней складываются определенные нормы. Нормы могут быть психотерапевтическими и непсихотерапевтическими. Ведущий группы с самого начала знакомит участников с некоторыми принципами работы, следование которым отвечает психотерапевтическим задачам. Психотерапевт стремится к тому, чтобы эти принципы последовательно осуществлялись пациентами, превращаясь в нормы группы (психотерапевтические нормы). Реализация этих принципов-норм необходима для защиты участников от негативного группового опыта, возможных травматических переживаний. К этим принципам относятся следующие:

1. ПРИНЦИП ОТКРОВЕННОСТИ И ИСКРЕННОСТИ. В группе надо быть искренним и не скрывать своих чувств, даже если они кажутся "неприличными".Если вы испытываете симпатию или,наоборот, неприязные чувства к какому-нибудь участнику группы, надо говорить об этом. Нельзя говорить неправду. Если вы не хотите о чем-то говорить, то следует просто от казаться.

2. ОТКАЗ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ "ЯРЛЫКОВ". Участники группы должны стремиться к пониманию, а не к оценке. Оценки – это "ярлыки", которыми мы обозначаем человека в целом. Вместо того чтобы глобально оценивать личность человека, лучше

говорить об отдельных ее аспектах, о поведении. Тогда мы избежим оскорблений и унижений достоинства другого человека. Согласитесь, что не одно и то же назвать человека "дураком", или сказать, что он поступил неразумно. "Эгоист", "маменькин сынок", "деспот", "подкаблучник","размазня", "истеричка", "кисейная барышня" - все эти ярлыки не способствуют лучшему самопониманию, но вызывают у члена группы чувства обиды, оскорбленного самолюбия и желание дистанцироваться от группы. Конструктивная обратная связь выражается в передаче своих чувств, пусть даже негативых. Например:" Я увидел тебя в новом свете, мне это было очень неприятно", " Я испытываю сильное раздражение, когда ты с таким пренебрежением говоришь о своем отце".

3. КОНТРОЛЬ ПОВЕДЕНИЯ. Этот принцип выражается формулой: "Обо всем можно говорить, но не все можно делать". Нельзя бесконтрольно проявлять свои эмоции, прежде всего агрессивные и сексуальные. Во время специальных групповых занятий иногда позволяется или поощряется реализация своих чувств, но только при условии контроля. Например, отреагирование аффекта в психодраматической сцене, пантомимическое выражение желаний и чувств в психогимнастике, выражение подавляемых чувств при помощи приемов, практикуемых в "энкаунтер-группах" : нанесение ударов кулаками по подушке, заменяющей человека, спровоцировавшего агрессию; поглаживание и укачивание члена группы, который нуждается в жалости и утешении и т.д.

4.ПРИНЦИП ОТВЕТСТВЕННОСТИ. Каждый участник группы берет на себя ответственность за других членов группы. Он прини мает обязательство не пропускать занятия и не бросать группу. Но если напряжение станет невыносимым и желание покинуть группу перевесит желание освободиться от своих проблем, то участник группы должен сообщить о своем решении, а не исчезать без предупреждения.

5. ПРАВИЛО "СТОП". Каждый участник имеет право без ка ких-либо объяснений остановить любой разговор, касающийся его личности. Остальные группы обязаны уважительно отнестись к его просьбе. Это право дает участникам уверенность и чувство самозащиты против давления группы. Обладание этим правом приводит к тому, что к нему прибегают крайне редко.

6.СОБЛЮДЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ. Это требование невынесения за пределы группы информации интимного характера. В аналитически-ориентированных группах это правило формули руется еще более определенно:во-первых, члены группы обязаны молчать обо всем, что происходит в группе, во-вторых, не должны обсуждать за пределами группы то, что происходит внутри.

7."ТОЛЕРАНТНОСТЬ". Пациенты должны с терпимостью относиться ко всем откровенным суждениям других участников группы, хотя содержание этих суждений может не соответствовать их собственным убеждениям и морали.

Каждая группа может вырабатывать и другие нормы, специфичные для нее. Здесь могут возникать и непсихотерапевтические нормы: утаивание негативных чувств, реакций, избегание конфликтов, конфронтаций, острых ситуаций ("вежливость") или наигранное преувеличение позитивных чувств; табу на некоторые темы, например сексуальные, или, напротив, стремление усматривать сексуальные мотивы в любой обсуждаемой проблеме; "сокрытие" подгрупп (сексуальных, родственных, профессиональных связей), что формирует фальшивую атмосферу в группе. В группе вся известная участникам информация должна быть обсуждена.

РОЛИ В ГРУППЕ.

Создатель социометрии Морено различал в группе две роли лидера - по способности к руководству и по популярности (называемого также "звездой") - и роль "козла отпущения". Получила известность классификация ролей R.Schindler (1957), которые он обозначил буквами греческого алфавита: "альфа" - лидер, "бета" - эксперт (человек, обладающий знаниями, навыками или способностями, необходимыми группе), "гамма" - конформистское большинство группы, "омега" - отстающий член группы, аутсайдер.

Для описания межличностного поведения в группе в литературе используется большой перечень стереотипных ролей. Многие носят яркие названия: добродетельный моралист, жалобщик, страж демократии, тиран, провокатор, мятежный ли дер, соблазнитель, эксгибиционист, истерик, сексуальный тип, фаворит, примерный тип и др.

В психотерапевтических группах стремятся распознать роли каждого участника, поскольку невротики в естественных группах часто неосознанно повторяют свои роли - их роли являются стереотипными, стойкими и малоадаптивными. Распознавание ролей в группе достигается посредством обсуждения, предоставлением обратной связи и принятием противоположных ролей. С этой точки зрения задачу групповой психотерапии можно сформулировать как "расширение репертуара ролей" (S.Kratochvil, 1978) : необходимо научить индивида различным способам поведения, новым ролям, отличным от тех, к которым он привык. Однако самому возможность нового поведения в жизни, за пределами психотерапевтической среды, нужно оставить на собственное усмотрение пациента.

Свобода выбора, следовательно, возникает у него тогда, когда он уже овладел новой ролью, когда она у него "в репертуаре".

ГРУППОВАЯ СПЛОЧЕННОСТЬ.

Групповая сплоченность является необходимым условием эффективности групповой терапии. Она является аналогом пси хотерапевтического отношения терапевт - пациент в индивидульной терапии.

Среди факторов, содействующих сплоченности, наиболее часто отмечаются следующие:

1) совпадение интересов участников группы (ожидание пользы от лечения);

2) симпатии между участниками группы;

3) дружеская атмосфера;

4) влияние групповой деятельности. С одной стороны - интересные, увлекательные действия, а также совместно переживаемые позитивные эмоции, с другой стороны - использование

терапевтом технических приемов, направленных на усиление сплоченности, например образование тесного круга, в котором все участники держатся за плечи и сосредоточиваются на чувстве близости, песни и танцы в этом круге и т.п.;

5) соперничество с другой группой. Сплоченность повышается самим фактом существования других групп, отличающихся и стилем поведения терапевта, и групповой деятельностью, что сравнивается и обсуждается участниками различных групп;

6) присутствие в группе девианта.

Возникновение сплоченности имеет большое значение для психотерапевтического процесса. Между членами группы возникают искренние, доверительные отношения. Очень важным следствием групповой сплоченности является возможность конструктивного проявления негативных чувств. Члены сплоченной группы готовы поддерживать отношения и продолжать общение даже когда налицо конфликтная ситуация. Если агрессивность не проявляется открыто, то это мешает интер персональному обучению. Пациент избегает общения с другим

человеком, и поэтому нельзя устранить возникающие враждебные чувства. Если же в группе существуют условия, которые позволяют открыто разобрать конфликт, то эффективность психотерапии повышается. Сплоченная группа легко выражает негативные чувства по отношению к руководителю. Эти чувства закономерно возникают на первых порах лечения. Если группа не высказывает свои чувства открыто, то не складываются нормы, обеспечивающие открытость и искренность.

ГРУППОВОЕ НАПРЯЖЕНИЕ.

Во время совместной деятельности члены группы могут противостоять друг другу по различным взглядам, отношениям, потребностям. Необходимость приспособления к группе ограничивает потребности отдельных членов группы, расстраивает их планы. В результате появляются антипатия, неприязнь, агрессивность, конфликты между участниками группы, между группой и руководителем. Возникающее напряжение может быть и проявлением протеста против авторитетов, если руководитель действует директивно, и проявлением

беспомощности и неуверенности, если руководитель уклоняется от роли лидера. Групповое напряжение связано с внутренним напряжением каждого индивида в группе.

В групповой психотерапии агрессию не подавляют, напротив, ее стремятся выявлять - или вербально, в форме рассказа об агрессивных чувствах, или в символической форме, используя при этом дополнительные объекты: например, пациент с силой бьет кулаками по подушке, символизирующей человека, к которому он чувствует агрессию.

Если напряжение в группе велико и длительно и если оно не компенсируется сплоченностью, то это приводит к негативным явлениям: может возникнуть угроза распада группы. Отрицательные последствия имеет ,однако, и слишком слабое напряжение. Если группа достаточно сплочена, ее члены довольны и удовлетворены, то они не стремятся к работе над избавлением от своих невротических комплексов, они стараются их не замечать. Группа тогда не выполняет свою основную лечебную функцию и представляет собой лишь некую социальную организацию. Психотерапевтическая группа нуждается в постоянных конфликтах, взаимной критике и конфронтации своих членов.

В психотерапевтической группе большое значение имеет баланс между сплоченностью и напряжением. Сплоченность является стабилизирующим фактором , под ее влиянием члены группы чувствуют поддержку и относительную безопасность. Напряжение, наоборот, является фактором побуждающим: оно ведет к неудовлетворенности и стремлению что-то в себе изменить. Важно, чтобы силы находились в динамическом равновесии. Этот баланс находится под контролем терапевта. Он повышает или снижает напряжение.

Напряжение повышается молчанием терапевта, его холодностью или индифферентностью, провоцированием дискуссий с конфликтной тематикой, критическими замечаниями в адрес отдельных членов группы, отказом от ответа на вопрос, не ясными двусмысленными фразами и намеками.

Сплоченности же способствуют сердечность, сочувствие, искренность терапевта, юмор и смех.

Некоторые психотерапевты работают со сплоченностью и напряжением в нескольких фазах. Например, в начальных фазах специально фрустрируют группу, рассматривают ее планы, намеренно поддерживают нарастание напряжения в расчете на то, что это напряжение и разочарование участников группы приведут к нужному конструктивному и самостоятельному функционированию группы.

Другие психотерапевты работают с напряжением только после создания в группе достаточно сплоченных отношений. Наконец, многие терапевты отдают предпочтение динамическому равновесию между сплоченностью и напряжением: неприятные чувства, вызванные напряжением, компенсируются удовлетворением, получаемым в результате сплоченности. Это делает напряжение приемлемым и сносным (S.Kratochvil, 1978).

ФАЗЫ РАЗВИТИЯ ГРУППЫ.

Закрытая группа (т.е. такая группа, которая с начала и до конца работает в полном составе и со всеми участниками одновременно) проходит в своем развитии несколько фаз (I.Yalom, 1970; S.Kratochvil,1978).

1-ая фаза: ОРИЕНТАЦИЯ И ЗАВИСИМОСТЬ.

В первой фазе участники группы ориентируются: о чем идет речь и как это может им помочь, кто как на них реагирует и т.п. Группа встревожена, обеспокоена, неуверенна и одновременно зависима. Участники группы ожидают, что ими будут руководить, они обращаются к терапевту за инструкциями, требуют информации, объяснения целей, намерений. Они полагают, что "спасение" зависит от терапевта, стоит им только правильно понять, что он от них хочет. Они идеализируют терапевта и переоценивают его.

В этой фазе участники полагают, что средством лечения служат взаимные советы: кто-нибудь рассказывает о своей семейной проблеме, а группа пытается дать какой-либо совет. Причем к проблемам подходят чисто рационально, иррациональный момент полностью игнорируется. В целом члены группы вначале слишком недооценивают возможности группового лечения и надеются на терапевта.

2-ая фаза: КОНФЛИКТЫ И ПРОТЕСТ.

Эта фаза характеризуется конфликтами между членами группы и группы с руководителем. Наблюдается соперничество, "борьба за власть", кристаллизация ролей на активные и

пассивные, доминирующие и подчиняющиеся. Характерны негативные комментарии и критика между членами группы, готовность выражать скорее враждебные чувства.

В этой фазе возникает вполне обоснованная враждебность, протест и "бунт" против терапевта. Если в первой фазе группа стремится возвести терапевта на пьедестал, то во второй фазе она восстает против своего кумира. Члены группы испытывают глубокое разочарование по поводу необоснованности своих ожиданий и надежд на терапевта. Агрессивные чувства к терапевту возникают либо тогда, когда он принимает роль авторитарного лидера, которая и провоцирует протест, либо когда он отказывается руководить группой традиционным способом и предоставляет ее собственной инициативе. Наиболее отрицательную реакцию вызывают те терапевты, которые не объясняют смысла, не формулируют целей и задач и этим еще сильнее сводят на нет начальные ожидания группы. Группа может считать терапевта своим неприятелем, неспособным и злым человеком. Она переносит на него ответственность за свое разочарование.

3-ая фаза: СПЛОЧЕННОСТЬ И СОТРУДНИЧЕСТВО.

В этой фазе снижается напряжение, возрастает сплоченность, потребность в чувстве своей принадлежности к группе. Возникают общие нормы и ценности. Теряет свое значение проблема авторитета и лидера, повышается ответственность и активность членов группы, способность к групповой деятельности и современной работе.

Центральной темой является разговор о себе и остальных членах группы с открытым выражением чувств. Группа вселяет в индивида чувство безопастности, предоставляет защиту, чтобы он смог открыться. Некоторые терапевты акцентируют в своей работе все фазы развития группы. Так, в первой фазе, когда пациенты ждут от терапевта совета и помощи в решении своих проблем, терапевт никак не реагирует на их ожидания, сводит на нет их потребность в руководстве и намеренно повышает напряжение в группе. Во второй фазе терапевт провоцирует группу на открытую конфронтацию с ним путем "раскалывания" постепенно возникающего единства и сплоченности группы, в результате чего группа, окончательно разочаровавшись в нем, начинает обвинять его во всех своих бедах. В третьей фазе, когда формируются групповые нормы и возникает чувство сплоченности, группа уже не зависит от терапевта и может плодотворно работать самостоятельно. Таким образом, групповой терапевт в процессе созревания группы последовательно переходит из позиции "альфа" через позицию "противника" в позицию "бета".

Может быть и другая точка зрения. Например, S.Kratochvil (1978) сомневается в том, что группа ради конструктивной работы должна пройти через стадию агрессивности к терапевту. Возможен альтернативный путь: терапевт, пользуясь своим авторитетом, организует и направляет активность группы, помогает выработать ей собственные нормы и стиль работы, а

затем постепенно из активного руководителя (лидера) переходит на позицию наблюдателя. Можно с самого начала стимулировать и групповую сплоченность с помощью различных технических приемов, устранять изначальную неуверенность группы представлением ясной и точной информации.

ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТ.

Поведение группового психотерапевта, стиль его общения и манера реагирования играют важную роль в процессе психотерапии. При систематизации возможных типов поведения групповых психотерапевтов используют такие категории, как "роль" ,"ориентация", "терапевтический стиль".

I. Yalom (1975) выделяет две основные роли группового психотерапевта - "технического эксперта" и "эталонного участника". Выступая в качестве эксперта, психотерапевт планомерно и целенаправленно использует свои знания и профессиональные навыки для достижения терапевтических целей и в нужный момент применяет соответствующие методы. В качестве эталонного участника он может преследовать двоякую цель: либо демонстрировать желательные образцы поведения (например, модель открытого выражения чувств или разумной сдержанности в проявлении эмоций), либо ускорять процесс социального научения путем децентрализации своего положения в группе, что ускоряет достижение групповой независимости и сплоченности.

S.Kratochvil (1978) описывает пять основных ролей группового психотерапевта.

1.РОЛЬ ЛИДЕРА

В этой роли терапевт открыто проявляет свою власть, оказывая постоянное воздействие на членов группы: побуждает их, оберегает, поддерживает, критикует и т.д. В руководимой таким способом группе пациенты часто обращаются к терапевту за указаниями, поддержкой, советом и сильно от него зависят.

Особое внимание активной роли терапевта уделяет школа трансакционного анализа. Представители этой школы считают группу, в которой психотерапевт оказывается от руководства и становится как бы одним из членов группы, не психотерапевтической, в "встречей милых друзей".

Активную руководящую роль терапевта находит свое применение также во время работы над психодрамой и в гештальт-терапии.

2. РОЛЬ АНАЛИТИКА

В группах с психоаналитической ориентацией терапевт должен быть в распоряжении пациентов для осуществления ими переноса на него инфантильных чувств к отцу и матери. Поэтому он должен представлять собой нечто вроде неисписанного белого листа. Он ведет себя абсолютно индеферентно, пассивно, никак себя не проявляет, не дает советов, никого не осуждает, не выражает никаких чувств и оценок.

Терапевт внешне все пускает на самотек, представляет членам группы возможность свободно ассоциировать и свободно проявлять свои интеракции. Вскоре группа сама поймет, что обсуждать полезно, а что - пустая трата времени. Психотерапевт постепенно начинает интерпретировать поведение и поступки пациентов, чтобы открыть им подсознательные их мотивы. В дальнейшем группа сама начинает принимать участие в толкованиях и обсуждениях.

3. РОЛЬ КОММЕНТАТОРА

Комментатор не руководит группой и не направляет ее деятельность. Время от времени он обобщает и комментирует все, что произошло в группе. Он целиком нацелен на групповой процесс и служит группе своеобразным зеркалом. Поэтому роль комментатора имеет особое значение в сеансах, ориентированных на интеракцию. Свои комментарии терапевт преподносит как бы не от себя лично, а в виде резюмированного описания деятельности группы без выражения собственных чувств и оценочных суждений.

Безличностный характер комментариев и отсутствие указаний часто вызывает агрессивную реакцию у группы, недовольство таким поведением терапевта. Группа может начать просто игнорировать терапевта, и он остается со своими комментариями терапевт все же направит внимание пациентов в определенном направлении, и тогда члены группы поймут, что происходит.

4. РОЛЬ ЭКСПЕРТА

Эксперт особого участия почти не принимает, о своих чувствах не говорит, но иногда советует, что следовало бы сделать, подскажет содержание того или иного мероприятия, либо минуту воспользуется каким-нибудь психотерапевтическим приемом, например предложит сыграть психодраматическую сценку или бессловесно выразить собственные чувства. Он координирует обсуждение: если кто-то не может проявить себя или даже просто получить слова, он вынудит группу дать возможность этому человеку высказаться. Эксперт не навязывает определенных решений, собственного мнения, но не отказывается содействовать. Своими замечаниями он помогает группе подойти к какому-нибудь вопросу с разных сторон. Он не фрустрирует группу, не держит ее в напряжении из-за недостатка информации. Он объясняет все, что пациенты не знают, и обучает тому, что они не умеют.

5. РОЛЬ АУТЕНТИЧНОЙ ЛИЧНОСТИ

Терапевт ведет себя как один из членов группы, выражает свои подлинные чувства. Он становится моделью для подражания. Психотерапевт делает абсолютно все вместе со своей группой, без колебания делится своими личными проблемами. Благодаря аутентичному поведению и являясь примером для других, терапевт помогает создать в группе необходимые психотерапевтические нормы.

Вопрос об аутентичности терапевта является спорным. Подробно останавливаясь на этом вопросе, S.Kratochvil (1978) вводит определенные ограничения аутентичности, связывая их с личными качествами терапевта, с целями группы и с сиюминутными потребностями группы.

А. Ограничения, связанные с личными качествами терапевта.

Искренность терапевта предполагает наличие у него таких качеств, как сочувствие, теплота, мягкость. Если же терапевт будет искренне проявлять свою раздражительность ,упрямство и другие негативные качества, то ему лучше отказаться от роли аутентичной личности и выбрать для себя другую роль. Это, конечно, не значит, что терапевт не имеет права проявлять агрессию, упрямство, недовольство. Однако в целом пациент должен почувствовать, что терапевт добрый человек, который любит его.

Б. Ограничения, связанные с целями группы.

Чрезмерная откровенность терапевта может привести к тому, что группа начнет обсуждать его личные проблемы. Это же не входит в задачи групповой терапии. Аутентичность терапевта должна быть избирательной: хотя терапевт и выражает искренно свои чувства, но не касается своих внутренних проблем. Нецелесообразно, чтобы терапевт подробно знакомил группу со своей биографией.

В. Ограничения, связанные с сиюминутными потребностями группы.

Иногда аутентичное поведение терапевта может прийти в противоречие с тем, что в данный момент наиболее желательно с терапевтической точки зрения. Например, терапевт, как и другие участники группы, чувствует антипатию к девианту, но при этом осознает, что выражением своих подлинных чувств он только ухудшает положение девианта, усиливает его сопротивление и способствует уходу его из группы. Поэтому терапевт заступается за него, предоставляет частичную поддержку, чтобы хоть как-то уравновесить отрицательное отношение к нему всей группы.

Заслуживает внимание классификация стилей руководства группой Lieberman M.,Yalom I., Miles M. (1973), разработанная авторами на основании наблюдения за работой групповых терапевтов. Из 27 переменных, описывающих поведение руководителей групп, исследователи выделили четыре основных стиля руководства: эмоциональная стимуляция ,опека, познавательная ориентация, исполнительная функция.

1. Эмоциональная стимуляция: руководитель группы стимулирует проявление различных чувств, конфронтацию отдельных членов группы. Он участвует в происходящем как равноправный член группы. Возбуждает остальных, проявляет нетерпение, раздражительность или теплоту и любовь. Его поведение говорит: "Посмотрите на меня и делайте как я!"

2. Опека: терапевт окружает членов группы заботой и вниманием, обеспечивает эмоциональную поддержку. Он открыто выражает теплоту, вступает в специфические личные отношения с отдельными участниками группы.

3. Познавательная ориентация: терапевт вербализовывает чувства, которые испытывают пациенты, объясняет смысл поведения конкретного человека или всей группы, интерпретирует переживания. Терапевт "переводит" чувства и поведение на обыкновенный язык.

4. Исполнительная функция: руководитель группы устанавливает правила, определяет нормы, направляет деятельность, следит за временем, расспрашивает, предлагает, советует, решает. Он действует как режиссер, который по необходимости останавливает действие и сосредоточивает

внимание на определенном поведении члена группы или всей группы. Терапевт держит группу в полном повиновении и использует собственное положение для достижения цели.

В связи с тем, что стили поведения у разных терапевтов по-разному комбинируются и в разной степени проявляются, исследователи создали следующую типологию руководителей групп.

1. Опекуны: заботятся о пациентах, обеспечивают познавательную ориентацию и советуют, как себя изменить.

2. Стимуляторы: высокий уровень эмоционального стимулирования и средний или высокий уровень исполнительной функции.

3. Социальные инженеры: ориентированы на группу и занимаются отношением членов группы к ней самой. В своем поведении малоиндивидуальны, проявляют умеренный уровень заботы и поддержки. Интересуются скорее группой , чем индивидом.

4. Личностно-нейтральные руководители: постоянно сохраняют дистанцию, возбуждают агрессивным способом. Эмоциональное стимулирование средней силы и слабая забота.

5. Либеральные руководители: преобладает познавательная ориентация; достаточно низкий уровень проявления остальных трех стилей.

6. Командиры: высшая степень проявления исполнительной функции, авторитарность, частое использование различных упражнений.

Описанные типы руководителей групп приведены в порядке их эффективности для терапии. Первые три типа считаются эффективными, последние три - малоэффективными.

Иногда руководитель группы постоянно придерживается выбранной им роли, иногда он меняет ее в процессе эволюции группы. Например, на начальном этапе терапевт занимает позицию комментатора или аналитика, а в дальнейшем, по мере созревания группы, переходят в позицию эксперта или аутентичной личности.

КОТЕРАПЕВТЫ

Часто группой руководят два терапевта, или тренера. В некоторых случаях в роли котерапевта выступает начинающмй врач или психолог, приобретающий опыт руководства группой. В других случаях профессиональный уровень терапевта и котерапевта одинаков.

Для терапевта присутствие коллеги дает ему прежде всего возможность получить обратную связь относительно своего поведения в группе.

Предпочитают, чтобы один из руководителей был мужчина, а другой - женщина. В аналитически ориентированных группах они служат "мишенями" для переноса чувств к родителям. Один терапевт может выступать более авторитарно, другой больше заниматься "опекунскими" делами, один повышает, другой снижает групповое напряжение и т.д.

Должны ли руководители группы всегда быть в согласии друг с другом, или они могут выражать разные взгляды? Должны ли они утаивать от группы реальный конфликт, который может возникнуть между ними, или обсудить его публично на одном из сеансов? Если они выбрали позицию аутентичных личностей, то они должны выражать взаимную неудовлетворенность и несогласие. Если кто-то из них признает свою ошибку или заблуждение, то такая откровенность может стать моделью действительных человеческих отношений. Однако терапевты должны постоянно контролировать свое поведение и не допускать, чтобы их соперничество использовалось членами группы в нетерапевтических целях.

ОРИЕНТАЦИЯ ГРУППОВОГО СЕАНСА

С точки зрения места и времени, к которым адресуется дискуссия, различают ориентацию на "здесь и сейчас", т.е. на все происходящее в группе, и на "там и тогда", т.е. на обсуждение анамнеза, прошлых проблем, изучение развития личности и патогенеза невроза. Часто между этими двумя ориентациями ищутся соответствия: например, как в ситуации "здесь и сейчас" отражается и повторяется то, что было "там и тогда".

В современной практике встречаются три основные направления:

1. Первое направление ориентировано на современность, на "здесь" (т.е. на то, что является актуальным в терапевтической группе) и на "там" (т.е. на то, что актуально за пределами терапевтической группы, дома). Ситуация "здесь" используется с целью "интерперсонального осознания" , актуальных проблем без стремления к "генетическому осознанию" их источников в прошлом (Yalom I.,1970). С помощью интерперсонального осознания пациенты решают свои внутренние проблемы, кризисные ситуации. Терапия ориентирована на внегрупповую проблематику, например супружеский или производственный конфликт. Эта проблематика является для пациента в его настоящей жизни наиболее важной и значительной. Этот подход основывается на том, что интерперсональные проблемы пациента остаются актуальными до тех пор, пока они удерживаются его собственным поведением и поведением других, с кем он взаимодействует. Решение конфликтов, следовательно, заключается в замене старого способа поведения новым. Ничего больше не требуется. Исследования I.Yalom свидетельствуют о том, что вскрытие корней актуального поведения в детстве не является более эффективным для изменения поведения, чем простая конфронтация с этим поведением "здесь и сейчас".

2. Второе направление устанавливает связи актуального поведения с прошлым и считает "генетическое осознание" более существенным для терапевтического изменения. Это направление, в частности, представлено нашей отечественной патогенетической психотерапией (В.Н.Мясищев, 1935; Б.Д.Карвасарский, 1985). Специфическая ориентация на пери од детства типична для аналитически ориентированной групповой психотерапии, которая за актуальным конфликтом ищет глубинный, основной конфликт.

3. Третье направление ориентируется исключительно на ситуацию "здесь и сейчас". Эта ориентация применяется в лабораторных Т-группах и в некоторых типах групп "встреча". В этих группах стремятся к повышению чувствительности пациентов к людям, человеческим отношениям, к развитию способности эффективности общаться с людьми, т.е. к стимуляции актуальных коррективных переживаний без привлечения прошлого опыта и настоящего внегруппового опыта общения. Работа идет на основе интеракционного принципа только с тем материалом, который появляется непосредственно во время сеанса групповой терапии.

Помимо ориентации сеанса с точки зрения места и времени, к которым адресуется дискуссия, различают также ориентацию сеанса по характеру групповой деятельности: биографическую, тематическую и интеракционную. Эти виды ориентации будут рассмотрены в лекции "Методика групповой патогенетической психотерапии".

ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГРУППЫ

1. КОЛИЧЕСТВО ЧЕЛОВЕК

Оптимальное количество членов группы зависит от частоты и длительности групповых сеансов. Для амбулаторной групы, которая собирается один-два в неделю и ориентируется на интеракцию, оптимальным считается состав из семи-десяти человек. В сущности, при планировании размеров группы нужно стремиться к тому, чтобы обеспечить всех участников достаточным числом интеракций. Необходимых интеракций будет слишком мало, если группа состоит из трех-четырех человек; с другой стороны , с возрастанием числа участников до двенадцати и выше число возможных интеракций настолько повышается, что они не могут реализовываться в полном объеме. В группе с большим количеством участников растет число тех людей, которые остаются в течение сеанса без внимания ,и тех, которые могут сознательно оставаться в тени, если более активные и агрессивные члены группы будут их спонтанно подавлять. Одним словом, в группе должно быть столько человек, чтобы каждый мог найти себе применение.

2. ЧАСТОТА И ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СЕАНСОВ

Частота сеансов в амбулаторных группах - один или два раза в неделю, при стационарном лечении - от трех до пяти раз в неделю.

Обычно продолжительность сеанса колеблется от 80 до 90 минут. Более краткие сеансы могут лишить группу возможности жарких дискуссий, так как именно в последние полчаса

обсуждение находится в самом разгаре, наблюдаются сильные эмоциональные реакции и люди наиболее откровенны. Если сеанс длится более полутора часов, то внимание членов группы начинает падать и снижается желание сосредоточиться на каком-либо действии. Сеансы, составной частью которых являются какие-то физические действия, например психодрама, психогимнастика, арттерапия, могут продолжаться около двух часов.

Исключение из этих правил представляют так называемые "марафонские сеансы", в которых усталость и ослабление внимания считается одним из действенных факторов. Марафонские сеансы продолжаются без перерыва 16-18 часов, иногда и ночью, причем с минимальной возможностью отдыха. Участники могут во время сеанса принимать пищу, передвигаться, ненадолго уходить, удобно устраиваться и при сильной усталости даже спать. Считается, что усталость, сонливость, продолжительный тесный контакт без перерыва приводят к сближению, раскованности и ослаблению самоконтроля. Члены марафонских групп слишком устали, чтобы быть учтивыми, поэтому преодоление условностей и социальных "игр" протекает значительно быстрее.

Сторонники марафонских сеансов считают, что развитие группы убыстряется и что ее члены испытывают необыкновенно интенсивные эмоциональные переживания. В конце сеансов участники таких "марафонов" заявляют, что в жизни произошел "глобальный переворот". Однако до сих пор еще не доказано, насколько продолжительны и постоянны изменения.

Оптимальная продолжительность групповой психотерапии по данным разных авторов составляет от 30 до 70 сеансов.

3. ПОДГОТОВКА К ГРУППОВОЙ ТЕРАПИИ

Вопрос о том, нужно ли предварительно предоставлять пациентам информацию о групповой терапии, остается открытым. Аналитически ориентированные терапевты считают, что неопределенность в ожиданиях, касающихся ролей пациентов и терапевта, просто необходима в начальных фазах терапии. Они основываются на предпосылке, что существенным лечебным фактором является перенос. Поэтому на ранних этапах терапии нужно стараться создавать условия для переноса. Неопределенность ситуации, отсутствие информации, фрустрация сознательных и бессознательных желаний поддерживают регрессивные реакции в отношении терапевта и создают условия для осуществления переноса на других членов группы.

Некоторые терапевты, которые полагаются прежде всего на групповую динамику, также выступают против предварительных объяснений групповых целей. Главной задачей они считают анализ напряжения, возникающего в группе. Подавленность и неуверенность, лежащие в

основе напряжения, побуждают группу к решению проблем и достижению автономии (Bion W.,1961).

Многие же друге авторы, в том числе I.Yalom, считают, что пациента надо надлежащим образом информировать обо всем происходящем в группе, чтобы он хорошо приспособился в той роли, которую от него ждут в группе. Такую позицию занимают терапевты, которые не считают напряжение самым существенным элементом групповой терапии, а уделяют особое внимание сотрудничеству пациента в группе и групповой сплоченности.

Одним из важных источников беспомощности пациентов в начале групповой терапии является чувство несовместимости целей. Пациент часто не может понять связь групповых целей, а именно, ориентированность на интеракцию и конфронтацию, со своими собственными целями. Во вступительном объяснении терапевт как раз и показывает, как эти цели взаимосвязаны.

Многие терапевты рекомендуют предварительный разговор, главными задачами которого являются: 1) стремление дать пациентам определенную рациональную основу, чтобы они восприняли психотерапию как метод, который может помочь им в решении их внутренних проблем; 2) объяснение роли пациента и роли терапевта в процессе лечения; 3) стремление дать пациенту общее представление о процессе терапии, особенно о проблеме отрицательного переноса. Терапевт должен подчеркнуть, что роль пациента будет достаточно активной, что принятие решений ложится на самого пациента, что в процессе психотерапии у пациента могут возникать сильные чувства по отношению к терапевту, причем в одной стадии положительные, в другой - отрицательные со значительной степенью недовольства и критичности. Особенно необходимо отметить, что состояние пациента во время терапии будет колебаться, и иногда пациенту будет хуже, чем до начала терапии.

Заключая вопрос о подготовке пациента к групповой психотерапии, можно сказать, что решение этого вопроса зависит от того, старается ли терапевт в начальной стадии психотерапии добиться фрустрации и напряжения, или, напротив, с самого начала стремится стимулировать сотрудничество участников в достижении общих целей. Для каждого из этих подходов существуют рациональные доводы. I.Yalom и коллеги (1967), S.Kratochvil (1978) и другие авторы, например, склоняются к мнению, что усиление первоначального напряжения при помощи различных неясностей и недомолвок не является необходимым условием эффективности лечения, а скорее тормозит плодотворную работу группы.

ПОДГОТОВКА ГРУППОВЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ

Групповая психотерапия является одним из наиболее эффективных средств психологического воздействия с целью ре конструкции личности пациента в лечебных целях. Поэтому и негативные последствия этого метода при неправильном его использовании могут быть значительными. Они могут варьировать об обострения клинической симптоматики до отклонения в развитии личности. Профессиональное обучение группового психотерапевта в противоположность "дикой", несистематической подготовке помогает снизить вероятность негативных последствий этого метода.

Подготовку группового психотерапевта можно представить как последовательный процесс прохождения ряда этапов (А.А.Александров, Г.Л.Исурина, Б.Д.Кавасарский и др.,1990).

1. Получение информации, касающейся понятий малой группы и групповой динамики.

2. Участие в качестве члена группы в работе тренинговых групп.

3. Самостоятельная работа в качестве психотерапевта под наблюдением супервизора.

Каждый этап обучения решает определенные задачи.

1. В информационном разделе даются основные социально-психологические понятия о малой группе: о фазах развития закрытой группы; об основных связях в группе; понятии роли и основных ролях в группе; целях и нормах группы; конфликте и процессе его разрешения; о соотношении между напряжением и эмоциональной поддержкой. Рассматриваются также вопросы об основных ролях психотерапевта в процессе развития группы, способах руководства группой, основных лечебных факторах групповой психотерапии, организации психотерапевтической группы.

2. Тренинговые занятия в группе имеют целью обострить восприятие групповых процессов, понять их изнутри с позиции пациента. В процессе такой работы психотерапевт осознает, что значит давление и напряжение в группе, особенно связанные с самораскрытием, приходит к

пониманию предпочитаемых им ролей, что в последующем предопределит трудности поведения того или иного этапа групповой психотерапии: достигает лучшего понимания роли лидера, возникающих к нему чувств зависимости, проецирования нереалистических ожиданий; осознает собственные психологические проблемы, искажающие восприятие других. Все это в последующем даст возможность вносить коррекцию в восприятие групповых процессов, контролировать собственные проекции, избегать положений, при которых группа наряду с сознательно реализуемыми психотерапевтом лечебными целями будет служить и средством реализации неосознаваемых мотивов ведущего.

В процессе происхождения тренинговых занятий повышается уровень участников, что находит выражение в изменении характера их взаимодействия и их высказываний. Если вначале отношения друг к другу и высказывания не носят характера личной вовлеченности, то по мере углубления тренингового курса взаимодействия участников становятся все более конструктивными, принимаются и учитываются не только собственные цели, но и цели партнера.

Тренинговые занятия также позволят осознать границу, отделяющую групповую психотерапию от дидактической психотерапии, при которой участники добросовестно выполняют все указания ведущего, но мало продвигаются в направлении углубления взаимодействия. С другой стороны, эти занятия позволяют понять, как высокая степень неуправляемости эмоций тормозит углубление понимания друг друга. На собственном опыте участники познают, что главное условие успешности терапии - быть прямым и искренним в выражении своих чувств.

Желательно, что во время опыта тренинга участники осваивали основные понятия групповой психотерапии, а не начинали процесс обучения с более узких направлений (например, гештальт-терапии). По мнению американской ассоциации групповой психотерапии, необходимо около 60 часов работы в группе для успешного овладения остальными понятиями.

3. Участие в групповой психотерапии, проводимой с пациентами опытным психотерапевтом, может начинаться с наблюдения "за кругом". Оно состоит в ведении журнала наблюдения, в котором регистрируются происходящие в группе процессы, записываются основные обсуждаемые темы, вклад каждого участника в обсуждение. Особое внимание обращается на узловые моменты развития группы (смена темы дискуссии и изменение преобладающего эмоционального состояния группы), а также характер вмешательства психотерапевта в эти моменты. После окончания занятия по материалам наблюдения начинается его обсуждение, которое занимает около 30 минут. В ходе его рассматриваются основные групповые процессы, а также возможные альтернативные варианты вмешательства психотерапевта и их последствия.

4. Работа под наблюдением супервизора позволяет обратить внимание на ригидные способы решения некоторых групповых проблем психотерапевтом, обсудить тактику поведения в некоторых уникальных ситуациях, которые возникают в группе. Обсуждение происходящих

процессов в группе аналогично обсуждению на предыдущем этапе. Также целесообразно выбрать 2-3 основные темы, доминировавшие за период наблюдения, отметить переходы от темы к теме, определить основных инициаторов этих переходов, главные вмешательства психотерапевта, сфокусировать внимание на его чувствах к основным инициаторам смены тем. Обсуждаются также другие возможные способы воздействия на процесс в этих узловых пунктах. В случае удаления от материала обсуждения целесообразно выявить основные эмоции, приводящие к такому уходу, проанализировать характер взаимоотношений супервизора и психотерапевта, попытаться провести аналогию между ним и отношением к кому-либо из участников группы, тем самым еще раз акцентировать психологическую проблему психотерапевта, не позволяющую использовать некоторые средства воздействия. Другой возможный способ работы под наблюдением супервизора - работа в качестве котерапевта в одной группе.

БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ

Описанный выше курс обучения обеспечивает квалификацию в области групповой психотерапии. С началом же работы дальнейшее усовершенствование требует иных форм подготовки. Профессиональный рост может быть обеспечен с помощью участия психотерапевтов в балинтовских группах (А.А.Александров, Г.Л. Исурина, Б.Д.Карвасарский, В.А. Ташлыков и др., 1990).

Балинтовские группы и балинтовское движение в целом получили название по имени своего основателя - Михаэля Балинта. В Лондоне существует Международная Балинтовская Ассоциация и Институт Балинта. Вклад М.Балинта оценивается как революционный шаг от психоанализа в общую медицину. Он не создал нового учения, а интегрировал естественно-научные и пациентоцентрированные представления. Не обесценивая роли соматики и биологических знаний, он сконцентрировал внимание на роли субъекта. "Я" пациента в общей медицине. Пациент приходит к врачу не только с болезненными симптомами, но и со страхом , с психологическими и социальными проблемами, которые вытекают из его заболевания. Для выявления и уточнения соматической симптоматики врач собирает анамнез. Для выявления психических компонентов болезни и ее психологических и социальных последствий необходима сходная процедура. Здесь значение имеют такие факторы, как особенности взаимоотношений и социальные роли в родительской семье пациента, прошлые ситуации,

эмоциональный опыт, жизненные условия, значимые отношения личности, потребности, интересы и т.д.

Важнейшей задачей балинтовских групп в целом является диагностика всей жизненной ситуации пациента для понимания его симптомов (человек не имеет болезнь, а является больным). Важное значение в такой работе имеет первый контакт врача и пациента. Он во многом определяет характер последующего взаимодействия в ходе терапии, обозначает то, что еще не вскрыто, что может вызвать трудности в терапии. Зачастую пациент не готов, не может или не хочет говорить о своих проблемах, и такие ситуации часто фрустрируют врача, который ориентирован на быстрое оказание помощи. Поэтому врачам необходима проработка указанных феноменов в кругу коллег под руководством квалифицированного специалиста, что дает возможность приобретения нового опыта. Именно для этого в рамках общих теоретических представлений (но не просто как еще одна форма обучения, как это иногда представляют)и были предложены Балинтом группы, получившие его имя. В балинтовских группах врач может идентифицировать свои чувства к пациенту, осознать свое отношение к нему. Отношение врач-пациент является моделью отношений пациента в окружающем его мире, в частности в семье. В соответствии с концепцией Фрейда, пациент переносит на врача свои отношения (эмоциональные и поведенческие стереотипы) к объектам своей реальной жизни (значимым лицам ближайшего окружения). Отсюда основной объект исследования в классических балинтовских группах - отношения врач-пациент. Анализ этих отношений дает возможность более полно понять пациента во всем многообразии его связей и отношений с окружающим миром, что способствует повышению эффективности терапии.

Первоначально балинтовские группы были ориентированы в основном на обучение врачей общесоматической практики, в дальнейшем этот опыт распространился и на подготовку психотерапевтов и касался преимущественно индивидуальной психотерапии. Попытки использования балинтовских групп для подготовки специалистов в области групповой психотерапии малочисленны, поэтому наши представления о возможностях этого метода опираются в основном на опыт работы балинтовской группы, руководимой В.А.Ташлыковым (1984), в отделении неврозов и психотерапии Психоневрологического института им.В.М.Бехтерева.

Использование балинтовских групп в подготовке групповых психотерапевтов обусловлено следующими факторами. Первый касается специфических особенностей процесса групповой психотерапии, который, включая взаимодействие многочисленных переменных, сравнительно с другими видами лечения значительно менее поддается алгоритмизации и формализации, и оценка его эффективности затруднена. Все это создает для психотерапевта объективные сложности в формировании адекватного и устойчивого представления о степени успешности своей работы, о ее слабых и сильных сторонах. Второй фактор отражает субъективный аспект этой проблемы и связан с "профессиональным" освоением психотерапевтов собственной личности, с непрерывным процессом формирования и углубления "идентичности", с развитием умения использовать свои индивидуальные качества для оптимизации психотерапевтических воздействий. Третий фактор связан с тем, что групповому психотерапевту часто приходится

работать без котерапевта, в силу чего он не имеет обратной связи, что повышает вероятность искажения образа своей профессиональной деятельности и может привести либо к разочарованию в себе или методе (отсюда - неуверенность, тревога, непоследовательность), либо к чрезмерному самомнению и, соответственно, снижению сенситивности, эмпатичности, к ригидности предпочтений в отношении используемых приемов и методов.

В целом балинтовские группы в области подготовки групповых психотерапевтов направлены на анализ трудных случаев в ходе работы группы. В.А. Ташлыков (1984) в качестве предмета анализа предлагает следующие вопросы и проблемы:

1) оптимальные варианты начала групповой психотерапии, влияние их на последующую групповую динамику; эмоциональная напряженность психотерапевта на этом этапе, ее причины и способы редукции;

2) члены группы, недостаточно мотивированные для участия в ее работе; факторы, формирующие мотивацию пациента; роль психотерапевта в формировании мотивации; мера ответственности психотерапевта за успешность лечения таких пациентов;

3) "девианты",пациенты, настроенные на протяжении всего курса лечения оппозиционно к психотерапевту, оспаривающие групповые нормы; личностная типология таких пациентов и предполагаемые причины такого поведения, связанные с групповыми взаимоотношениями (прежде всего с психотерапевтом); вероятная эффективность групповой психотерапии для таких пациентов;

4) теоретические и методические предпочтения психотерапевта и факторы, их обуславливающие; степень свободы и осознанности выбора этих предпочтений; мера соответствия выбранных теоретических и методических принципов реальной практической деятельности; проблема индивидуального психотерапевтического стиля.

Важная проблема балинтовских групп в области групповой психотерапии заключается в выработке приемов компактного, структурированного и достаточно содержательного изложения исходных данных о конкретном случае, полезных для последующей конструктивной дискуссии. Здесь весьма полезны могут быть вспомогательные материалы и методы: предоставление магнитофонной (лучше видео) записи хотя бы одного группового занятия; реконструирование социометрических срезов группы; распределение психотерапевтом, предъявляющим сложный случай для обсуждения, ролей членов анализируемой группы между участниками обсуждения (включая и себя) с предложением "сценария" какого-либо важного эпизода; психодраматическое проигрывание этого эпизода.

Основной акцент в дискуссии делается не на клиническом анализе случая как такового, а скорее на различных аспектах взаимодействий и взаимоотношений психотерапевта в меняющейся групповой ситуации (с отдельным пациентом, группой в целом или иной из ее подгрупп). Объектом последующего обсуждения является не столько пациент (группа), сколько сам психотерапевт с его особым восприятием обсуждаемого случая, отношением к нему, представлением об оптимальном направлении терапии, спецификой общения с группой и отдельными пациентами. Такое обсуждение, будучи эмоционально значимым для психотерапевта-"заказчика", в итоге дает ему возможность воспользоваться обратной связью в качестве корригирующей.

Эмоциональная вовлеченность участников, являясь необходимой составляющей всякого эффективного обучения психотерапевтов, создает в группе возможные предпосылки, а у некоторых участников отчетливую тенденцию к смещению направленности работы группы в сторону личностной психотерапии.

По мнению ряда авторов, в группах, ориентированных на обучение, подобная тенденция носит и защитный характер и является манифестацией избегания обсуждения собственного опыта профессиональной работы.

При обсуждении конкретных случаев, предложенных отдельными участниками группы, помимо получения ими необходимой обратной связи, следует отметить значение таких обсуждений для всей балинтовской группы, поскольку они оказывают стимулирующий эффект и вызывают поток идей, сопоставлений, гипотеза, которые зачастую выполняют эвристическую функцию.

Использование принципа работы балинтовских групп в области групповой психотерапии значительно расширяет традиционные представления об этой форме подготовки и совершенствования психотерапевтов за счет дополнения традиционного балинтовского подхода наиболее существенными составляющими современных тренинговых программ - в зависимости от групповой ситуации наблюдать или находиться под наблюдением других писхотерапевтов; в силу включенности в групповую динамику приобретать достаточно интенсивный личностный опыт; в отдельные моменты достигать более глубокого самопонимания.

Лекция 3.

ФАКТОРЫ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ПСИХОТЕРАПИИ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ

Как помогает психотерапия, с помощью каких механизмов психотерапевт добивается желаемых изменений в мышлении и поведении пациента? В литературе описывается несколько факторов лечебного действия, называемые по-разному разными авторами. Мы рассмотрим сборную классификацию, составленную на основе описанных R.Corsini и B.Rosenberg (1964), I.Yalom (1970), S.Kratochvil (1978). Одни из рассматриваемых факторов характерны и для индивидуальной и для групповой психотерапии, другие - только для групповой.

1. УНИВЕРСАЛЬНОСТЬ. Другие обозначения этого механизма - "чувство общности " и "участие в группе" - говорят о том, что этот фактор наблюдается в групповой психотерапии и отсутствует в индивидуальной.

Универсальность означает, что проблемы пациента - универсальны, в той или иной степени они проявляются у всех людей, пациент не одинок в своих страданиях.

Уже само непосредственное участие в работе психотерапевтической группы воздействует эффективно и вызывает желаемые изменения. Пациенты в обычной жизни изолированы от разного рода социальных контактов и чувствуют себя отвергнутыми. Прием в группу, а затем активное взаимодействие с ее участниками в атмосфере принятия и взаимной поддержки производит на пациентов сильное впечатление. Приходя в группу, пациенты полагают, что у них особые, исключительные проблемы и что они вряд ли смогут поделиться своими мыслями и переживаниями. Когда же в группе они видят, что у других членов появляются те же самые опасения и что у других есть такие же проблемы, им становится значительно легче. Чувство

единства и принадлежности к группе воздействует в психотерапии как наиболее благоприятный и эффективный фактор.

2. АКЦЕПТАЦИЯ (ПРИНЯТИЕ).S.Kratochvil называет этот фактор "эмоциональной поддержкой". Этот последний термин закрепился в нашей психотерапии.

При эмоциональной поддержке большое значение имеет создание климата психологической безопасности. Безусловное принятие пациента наряду с эмпатией терапевта и его конгруэнтностью является одной из составляющих позитивного отношения, которое стремится построить терапевт. Эта "триада Роджера", о которой уже говорилось, имеет огромное значение в индивидуальной терапии и не меньшее в групповой. В самой простой форме эмоциональная поддержка индивида проявляется в том, что терапевт (в индивидуальной терапии) или участники группы (при групповой психотерапии) слушают его и пытаются понять. Далее следует принятие и сочувствие. Если пациент является членом группы, то его принимают без оглядки на его положение, его расстройства, особенности его поведения и его прошлое. Он принимается таким, каков есть, с собственными его мыслями и чувствами. Группа позволяет ему отличаться от других членов группы, от норм общества, никто его не осуждает.

В известной степени механизм "эмоциональной поддержки" соответствует фактору "сплоченности" по I.Yalom (1975). "Сплоченность" можно рассматривать как механизм групповой психотерапии, тождественной "эмоциональной поддержке" как механизму индивидуальной психотерапии. Действительно, только сплоченная группа может предоставить члену группы эмоциональную поддержку, создать для него условия психологической безопасности.

Другим близким к эмоциональной поддержке механизмом является "внушение надежды" (I.Yalom,1975). Пациент слышит от других пациентов, что им стало лучше, он видит изменения, которые с ними происходят, это внушает ему надежду, что и он сможет измениться.

3. АЛЬТРУИЗМ. Положительный терапевтический эффект может оказывать не только то, что пациент получает поддержку и ему помогают другие, но также и то, что он сам помогает другим, сочувствует им, обсуждает вместе с ними их проблемы. Пациент, который приходит в группу деморализованным, неуверенным в себе, с чувством, что ничего сам не может предложить взамен, начинает вдруг в процессе групповой работы ощущать себя необходимым и

полезным для остальных. Этот фактор - альтруизм - помогает преодолеть болезненную направленность на самого себя, повышает чувство принадлежности к остальным, чувство уверенности и адекватной самооценки.

Этот механизм специфичен для групповой психотерапии. Он отсутствует в индивидуальной психотерапии, ибо там пациент находится исключительно в позиции человека, которому помогают. В групповой терапии все пациенты играют психотерапевтические роли по отношению к другим членам группы.

4. ОТРЕАГИРОВАНИЕ (КАТАРСИС). Сильное проявление аффектов является важной составной частью психотерапевтического процесса. Однако считается, что отреагирование само по себе не приводит к каким-либо изменениям, но создает определенную основу или предпосылки для изменений. Этот механизм является универсальным - он срабатывает и в индивидуальной и в групповой психотерапии. Эмоциональное отреагирование приносит значительное облегчение пациентам и всячески поддерживается и психотерапевтом, и участниками психотерапевтической группы.

По мнению I.Yalom, отреагирование грусти, травматических переживаний и выражение сильных, важных для индивида эмоций стимулирует развитие групповой сплоченности. Эмоциональное отреагирование подкрепляется специальными приемами в психодрамеи в "группах встреч" ("энкаунтре-группах"). В "группах встреч" часто стимулируют злость и ее отреагирование путем сильных ударов по подушке, символизирующей противника.

5. САМОРАСКРЫТИЕ (САМОЭКСПЛОРАЦИИ). Этот механизм в большей степени присутствует при групповой психотерапии. Групповая психотерапия стимулирует откровенность, проявление скрытых мыслей, желаний и переживаний. В процессе психотерапии пациент раскрывает самого себя.

Для того чтобы лучше понять механизм самоэксплорации и описываемый ниже механизм конфронтации в групповой психотерапии, обратимся к схеме J.Luft и H.Ingham (1970), известной в литературе под названием "окно Джогари" (от имен авторов - Джозера и Гарри), которая наглядно передает отношения между сознательными и бессознательными областями психики в интерперсональных отношениях.

Окно Джогари (открытая арена – см. Групповая психотерапия. Лапин В.А., Редя Г.П.).

1. Открытая область ("арена") включает поведение, чувства и молитвы, которые известны как самому пациенту, там и всем остальным.

2. Область слепого пятна - то, что известно другим, но не известно пациенту.

3. Скрытая область - то, что известно только пациенту.

4. Неизвестное, или бессознательное - то, что не известно никому.

При самоэксплорации участник группы принимает на себя ответственность, так как идет на риск реализации чувств, мотивов и поведения из своей скрытой, или тайной области. Некоторые психотерапевты говорят о "самораздевании", которое они считают первичным механизмом роста в группе (O.Mowrer, 1964 и S.Jourard, 1964 - цит. по S.Kratochvil,1978). Человек снимает маску, начинает откровенно говорить о скрытых мотивах, о которых группа едва ли могла бы догадаться. Речь идет о глубоко интимной информации, которую пациент не каждому бы доверял. Кроме различных переживаний и отношений, связанных с чувством вины, сюда относятся события и поступки, которых пациент просто стыдится. До "самораздевания" дело может дойти только в том случае, если все остальные члены группы реагируют взаимопониманием и поддержкой. Существует, однако, риск, что если пациент раскроется и не получит поддержки, то такое "самораздевание" окажется для него болезненным и нанесет психическую травму.

6. ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ, ИЛИ КОНФРОНТАЦИЯ. У R.Corsini этот механизм называется "интеракцией". Обратная связь означает, что пациенту становится известным от других членов группы, как они воспринимают его поведение и как оно на них воздействует. Этот механизм, понятно, имеет место и в индивидуальной психотерапии, но в групповой психотерапии его значение во много раз увеличивается. Это, пожалуй, главный лечебный фактор групповой психотерапии. Другие люди могут являться источником той информации о нас самих, которая нам не совсем доступна, находится в области слепого пятна нашего сознания.

Для большей наглядности воспользуемся снова окном Джогари. Если при самоэксплорации пациент раскрывает что-то другим из своей тайной, скрытой области, то при обратной связи другие открывают ему что-то новое о нем самом из области его слепого пятна. Благодаря действию двух этих механизмов - самоэксплорации и конфронтации - уменьшаются скрытая область и область слепого пятна, за счет чего увеличивается открытая область ("арена").

В обыденной жизни мы часто сталкиваемся с людьми, проблемы которых прямо написаны у них на лице. И все, кто вступает с таким человеком в контакт, не хотят указать ему на его недостатки, т.к. боятся показаться бестактными или обидеть его. А ведь именно эта неприятная для человека информация представляет для него материал, с помощью которого он мог бы измениться. В интерперсональных отношениях таких щекотливых ситуаций множество.

Например, человек, который имеет обыкновение много говорить и не понимает, почему люди избегают разговоров с ним, в терапевтической группе получает информацию о том, что его способ вербального общения очень нудный. Человек, который не понимает, почему многие относятся к нему недружелюбно, узнает, что его неосознаваемый иронический тон раздражает людей.

Однако не всякая информация о человеке, полученная от других, является обратной связью. Обратная связь надо отличать от интерпретации. Интерпретация - это толкование, объяснение, это наши мысли, рассуждения по поводу увиденного или услышанного. Для интерпретации характерно высказывания типа: "Я думаю, что ты делаешь то-то и то-то", а для обратной связи: "Когда ты делаешь то-то, я чувствую вот что..." Интерпретации могут быть ошибочными или могут представлять собственные проекции интерпретатора. Обратная же связь по сути не может быть неправильной: она есть выражение того, как один человек реагирует на другого. Обратная связь может быть невербальной, проявляться в жестах или в мимике.

Значительную ценность для пациентов представляет и наличие дифференцированной обратной связи. Не всякое поведение можно оценить однозначно - отрицательно или положительно,- оно воздействует по-разному на разных людей. На основе дифференцированной обратной связи пациент может научиться дифференцировать свое поведение.

Термин конфронтация часто применяют для отрицательной обратной связи. Г.Л.Исурина и В.А.Мурзенко (1976) считают конфронтацию в форме конструктивной критики очень полезным психотерапевтическим фактором. Одновременно они указывают,

что при преобладании одной только конфронтации критика перестает восприниматься как дружелюбная и конструктивная, что ведет к усилению психологической защиты. Конфронтацию необходимо сочетать с эмоциональной поддержкой, которая создает атмосферу взаимного интереса, понимания и доверия.

7. ИНСАЙТ (ОСОЗНАНИЕ). Инсайт означает понимание, осознание пациентом неосознаваемых прежде связей между особенностями своей личности с неадаптивными способами поведения. Инсайт относится к когнитивному научению и вместе с эмоциональным коррективным опытом (см.ниже) и опытом нового поведения объединяется I.Yalom (1970) в категорию интерперсонального научения.

S.Kratochvil (1978) различает три вида, или уровня, инсайта:

Инсайт N1: осознание связи между эмоциональными расстройствами и внутриличностными конфликтами и проблемами.

Инсайт N2: осознание собственного вклада в возникновение конфликтной ситуации. Это так называемое "интерперсональное осознание".

Инсайт N3: осознание глубинных причин настоящих отношений, состояний, чувств и особенностей поведения, коренящихся в далеком прошлом. Это "генетическое осознание".

С психотерапевтической точки зрения инсайт N1 является элементарной формой осознания, которая сама по себе не имеет лечебного значения: его достижение является только предпосылкой эффективного сотрудничества пациента в психотерапии. Наиболее значительны в терапевтическом отношении инсайты N2 и N3.

Предметом неустанного спора различных психотерапевтических школ является вопрос, достаточно ли одного только генетического осознания или, наоборот, только интерперсонального. S.Kratochvil (1978), например, придерживается мнения, что достаточно только интерперсонального осознания. От него можно прямо перейти к научению новым способам поведения. Генетическое осознание, с его точки зрения, может быть полезно в том, что подводит пациента к отказу от детских форм реагирования и замене их реакциями и отношениями взрослого человека.

Генетическое осознание - это исследование собственной истории жизни, которое приводит пациента к пониманию своих настоящих способов поведения. Другими словами, это попытка понять, почему человек стал таким, какой он есть. I.Yalom (1975) считает, что генетическое осознание имеет ограниченное психотерапевтическое значение, в чем сильно расходится с позицией психоаналитиков.

С определенной точки зрения инсайт можно рассматривать как следствие психотерапии, однако о нем можно говорить как о лечебном факторе, или механизме, так как он прежде всего является средством изменения малоадаптивных форм поведения и устранения невротических симптомов. При достижении этих целей он, как правило, всегда оказывается очень эффективным, но не обязательно необходимым фактором. В идеальном случае на основе глубокого осознания могут исчезнуть симптомы и измениться поведение. Однако отношения между осознанием, симптомами и поведением в действительности намного сложнее и менее наглядны.

8. КОРРЕКТИВНЫЙ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ. Коррективный эмоциональный опыт представляет собой интенсивное переживание актуальных отношений или ситуаций, благодаря которому происходит коррекция неправильного обобщения, сделанного на основе прошлых тяжелых переживаний.

Это понятие ввел психоаналитик F.Alexander в 1932 году. Alexander считал, что так как многие пациенты перенести в детстве психологическую травму в связи с плохим отношением к ним родителей, то терапевту необходимо создать "коррективный эмоциональный опыт" для нейтрализации эффектов первичной травмы. Терапевт реагирует на пациента иначе, чем реагировали на него родители в детстве. Пациент эмоционально переживает, сравнивает отношения, исправляет свои позиции. Психотерапия проходит как процесс эмоционального перевоспитания.

Наиболее яркие примеры можно взять из художественной литературы: история Жана Вальжана из "Отверженных" В.Гюго и ряд историй из сочинений А.С.Макаренко, например эпизод, когда Макаренко доверяет все деньги колонии одному парню, бывшему вору. Неожиданное доверие, вступающее в контраст с более ранней обоснованной недоброжелательностью и недоверием, корректирует посредством сильного эмоционального переживания существующие отношения и меняет поведение парня.

При эмоциональном корректировании окружающие люди ведут себя иначе, чем может ожидать пациент с неадекватными формами поведения на основе своего ложного обобщения (генерализации). Эта новая реальность делает возможным повторную дифференциацию, то есть различение ситуаций, в которых данная реакция уместна или нет. Благодаря этому создаются предпосылки для разрыва порочного круга.

Итак, сущность этого механизма состоит в том, что пациент в условиях психотерапевтической ситуации (будь то индивидуальная или групповая психотерапия) повторно переживает эмоциональный конфликт, который он до сей поры был не в состоянии разрешить, но реакция на его поведение (психотерапевта или членов группы) отличается от той, которую он обычно провоцирует у окружающих.

Например, можно ожидать, что пациентка с сильным чувством недоверия и агрессивностью к мужчинам, возникших в результате ее переживаний и разочарований в прошлом, принесет это недоверие и агрессивность к пациентам мужского пола в психотерапевтичской группе. Эффективное воздействие здесь могут оказать неожиданные проявления со стороны мужчин: они не отстраняются от пациентки, не выказывают раздражения и недовольства, а, напротив, терпеливы, обходительны, ласковы. Пациентка, которая ведет себя в соответствии со своим прежним опытом, постепенно начинает осознавать, что ее первичные генерализованные реакции неприемлемы в новой ситуации, и она попытается изменить их.

Разновидностью коррективного опыта в группе является предложенное I.Yalom (1975) так называемое "коррективное повторение первичной семьи"- повторение семейных отношений пациента в группе. Группа напоминает семью: ее члены в значительной степени зависят от руководителя; участники группы могут соперничать между собой, чтобы снискать "родительское" расположение. Терапевтическая ситуация может вызвать ряд других аналогий с семьями пациентов, предоставить коррективный опыт и проработать неразрешенные в детстве отношения и конфликты. Иногда сознательно группой руководят мужчина и женщина, чтобы групповая ситуация как можно точнее имитировала семейную. Малоадаптивным отношениям в группе не дают "застыть" в жестких стереотипах, как это случается в семьях: они сравниваются, переоцениваются, пациента побуждают к проверке нового, более зрелого способа поведения.

9. ПРОВЕРКА НОВОГО ПОВЕДЕНИЯ ("ПРОВЕРКА РЕАЛЬНОСТИ") И ОБУЧЕНИЕ НОВЫМ СПОСОБАМ ПОВЕДЕНИЯ.

В соответствии с осознанием старых неадаптивных стереотипов поведения постепенно осуществляется переход к приобретению старых. Психотерапевтическая группа предоставляет

для этого целый ряд возможностей. Прогресс зависит от готовности пациента к изменениям, от степени его индентификации с группой, от стойкости его прежних принципов и позиций, от индивидуальных черт характера.

В закреплении новых реакций большую роль играет импульс со стороны группы. Социально неуверенный пациент, который пытается завоевать признание пассивным ожиданием, начинает проявлять активность и высказывать собственное мнение. Более того, он этим не только не теряет симпатии своих товарищей, но его начинают больше ценить и признавать. В результате этой положительной обратной связи новое поведение закрепляется, и пациент убеждается в его выгодах.

Если происходит изменение, то оно вызывает новый цикл интерперсонального обучения на основе продолжающейся об ратной связи. I.Yalom(1975) говорит о первом витке "адаптационной спирали", которая зарождается внутри группы, а потом выходит за ее пределы. С изменением неадекватного поведения повышается способность пациента налаживать отношения. Благодаря этому уменьшается его грусть, подавленность, растут уверенность в себе и откровенность. Другим людям это поведение нравится значительно больше, чем прежнее, и они выражают больше положительных чувств, что, в свою очередь, подкрепляет и стимулирует дальнейшие положительные изменения. В конце этой адаптационной спирали пациент достигает независимости и больше не нуждается в лечении.

В групповой психотерапии может применяться и систематически планируемое обучение - тренинг, основанный на принципах научения. Например, неуверенному пациенту предлагается "тренинг утвердительного поведения", в процессе которого он должен научиться настаивать на своем, утверждать свое мнение, принимать самостоятельные решения. Остальные участники группы при этом оказывают ему сопротивление, он же должен убедить всех в правильности своего мнения и одержать победу. Успешное выполнение этого упражнения вызывает одобрение и похвалу со стороны группы. Испытав удовлетворение, пациент попробует перенести новый опыт поведения в реальную жизненную ситуацию.

Подобным же образом в группе можно научиться разрешать конфликтные ситуации в виде "конструктивного спора" ,несогласия с установленными правилами.

При обучении новым способам поведения большую роль играет моделирование, имитация поведения других членов группы и терапевта. Это механизм лечебного действия I.Yalom (1975) называет "имитирующим поведением", а R.Corsini (1989) - "моделированием". Люди учатся вести себя, наблюдая поведение других. Пациенты подражают своим товарищам, наблюдая, какие формы их поведения группа одобряет, а какие отвергает. Если пациент замечает, что другие участники группы ведут себя откровенно, берут на себя определенный риск, связанный с

самораскрытием, и группа одобряет такое поведение, то это помогает ему вести себя таким же образом.

10. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ (ОБУЧЕНИЕ НАБЛЮДЕНИЕМ).

В группе пациент получает новые знания о том, как люди ведут себя, информацию об интерперсональных отношениях, об адаптивных и неадаптивных интерперсональных стратегиях. Здесь имеется в виду не обратная связь и интерпретации, которые пациент получает в отношении своего собственного поведения, а сведения, которые он приобретает в результате своих наблюдений за поведением других.

Пациент проводит аналогию, обобщает, делает выводы. Он учится, наблюдая. Таким образом он познает некоторые закономерности человеческих отношений. Он может теперь взглянуть на одни и те же вещи с разных сторон, познакомиться с разными мнениями по одному и тому же вопросу. Он многому научится, даже если сам не будет принимать активного участия.

Многие исследователи особенно подчеркивают значение наблюдения для положительного изменения. Пациенты, которые просто наблюдали за поведением других членов группы, использовали свои наблюдения как источник осознания, понимания и разрешения собственных проблем.

R.Corsini (1989) при изучении факторов лечебного действия психотерапии разделяет их на три сферы - когнитивную, эмоциональную и поведенческую. К когнитивным факторам автор относит "универсальность", "осонание", "моделирование"; к эмоциональным факторам - "акцептацию", "альтруизм" и "перенос" (фактор, основанный на эмоциональных связях между терапевтом и пациентом или между пациентами психотерапевтической группы); к поведенческим - "проверку реальности", "эмоциональное отреагирование" и "интеракцию" (конфронтацию). R.Corsini считает, что эти девять факторов лежат в основе терапевтического изменения. Когнитивные факторы,- пишет R.Corsini ,- сводятся к заповеди "познай себя"; эмоциональные - к "люби ближнего своего" и поведенческие - к "делай добро". Нет ничего нового под солнцем: этим заповедям философы учили нас на протяжении тысячелетий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ. В 1952 году английский психолог Hans Aysenck сравнил эффективность традиционной психодинамической терапии с эффективностью обычных медицинских методов лечения неврозов или с отсутствием лечения у нескольких тысяч пациентов. Результаты, полученные психологом, удивили и испугали многих терапевтов: применение психодинамической терапии не повышает шансов пациентов на выздоровление; фактически поправилось большее число нелечившихся больных, чем тех, кто принимал психотерапевтическое лечение (72% против примерно 66%). В последующие годы Aysenck подкрепил свои выводы дополнительными свидетельствами (1961, 1966), поскольку критики продолжали уверять, что он ошибался. Они обвинили его в том, что он исключил из своего анализа несколько исследований, которые подтверждали эффективность психотерапии. В качестве контраргументов они приводили следующие: возможно, пациенты, не получавшие терапии, страдали менее глубокими расстройствами, чем те, кто получал ее; нелечебные пациенты могли на самом деле получать терапию у частопрактикующих психотерапевтов; врачи-терапевты, оценивающие состояние пациентов, не полуивших лечения, могли использовать иные не столь строгие критерии, чем психотерапевты, которые оценивали своих собственных пациентов. Возникло очень много споров о том, как интерпретировать результаты H.Aysench, и эти споры по казали, что необходимо выработать более надежные методы оценки эффективности.

К сожалению, работы по оценке эффективности все еще сильно отличаются по своему качеству. Кроме того, как указывают D.Bernstein, E.Roy et al. (1988), трудно точно определить, что имеется в виду под успешной терапией. Поскольку одни терапевты стремятся к изменению в области бессознательных конфликтов или силы эго, а других интересуют изменения в открытом поведении, то различные исследователи эффективности имеют и различные суждения о том, была ли терапия эффективна у данного пациента. Эти моменты надо иметь в виду, рассматривая исследования по общей эффективности психотерапии.

Обзоры последнего времени более оптимистичны, чем исследования H.Aysenck. Рядом работ опровергнута "нулевая гипотеза" H.Aysench и сейчас реальный процент спонтанного выздоровления колеблется от 30 до 45.

Используя специальную математическую процедуру, называемую мета-анализом ("анализом анализов"), Smith M.L.,Glass G.V., Miller T.J. (1980) сравнивали результаты 475 исследований, в которых сообщалось о состоянии больных, прошедших курс психотерапии и не получивших лечения. Главным выводом был следующий: среднестатистический пациент, прошедший психотерапию, чувствовал себя лучше, чем 80% тех пациентов, которые не получили терапии. Другие мета-анализы подтвердили это заключение. Эти обзоры показали, что если результаты всех форм психологического лечения рассматриваются вместе, то подтверждается точка зрения об эффективности психотерапии.

Однако критики мета-анализа утверждают, что даже такая сложная комбинация результатов, представляющая собой "ме шанину" хороших и посредственных исследований эффективности

лечения различными методами, может вводить в заблуждение. По мнению критиков, эти исследования не отвечают на более важный вопрос: какие методы являются наиболее эффективными при лечении определенных больных.

Какой из основных психотерапевтических подходов является наиболее эффективным в целом, или какой из подходов предпочтителен при лечении конкретных проблем пациентов? Большинство обзоров не находит существенных различий в общей эффективности трех главных направлений психотерапии. Критики указывали, что эти обзоры и мета-анализ не достаточно чувствительны для определения различий между отдельными методами, но даже исследования, которые тщательно сравнивали психодинамическое, феноменологическое и бихевиоральное лечение, не нашли значительных различий между этими подходами, хотя отметили их преимущество перед отсутствием лечения. Когда же различия между методами определяются, то обнаруживается тенденция к выявлению более высокой эффективности поведенческих методов, особенно при лечении тревоги. Благоприятные результаты поведенческой терапии и привлекательность для многих психотерапевтов феноменологической терапии привели к тому, что эти два подхода становятся все более популярными, в то время как использование психодинамической терапии как доминирующего метода лечения - все менее популярны.

К оценке исследований эффективности психотерапии можно подойти с совершенно иных позиций и сформулировать вопрос следующим образом: корректны ли попытки измерения эффективности психотерапии?

В вопросе об эффективности психотерапии многие разделяют мнение, высказанное еще в 1969 году H.H.Strupp, Bergin A.E. (цит. по R. Corsini): проблема исследований в психотерапии должна быть сформулирована как стандартный научный вопрос: какие специфические терапевтические вмешательства вызывают специфические изменения у специфических пациентов в специфических условиях?

R.Corsini со свойственным ему юмором пишет, что "лучший и наиболее полный" ответ на этот вопрос он находит у C.Patterson (1987): прежде чем какая-либо модель, подвергаемая исследованию, может быть применена, нам необходимы: 1) таксономия проблем или психологических расстройств пациента, 2) таксономия личностей пациентов, 3) таксономия терапевтических техник, 4) таксономия терапевтов, 5) таксономия обстоятельств. Если бы мы создали такие системы классификации, то практические проблемы были бы непреодолимы. Допустим, что пять перечисленных классов переменных содержат по десять классификаций, тогда исследовательский проект потребует 10x10x10x10x10, или 100000 элементов. Из этого C.Petterson делает вывод, что нам не нужны сложные анализы множества переменных и нам следует отказаться от попытки точного изучения психотерапии, ибо это просто не возможно.

Психотерапия является искусством, основанным на науке, и, так же как в искусстве, здесь неприменимы простые

измерения такой сложной деятельности.

Лекция 4.

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Современная поведенческая психотерапия, как уже говорилось в обзоре основных направлений психотерапии, не ограничивается приложением принципов и процедур классического и оперантного обусловливания к лечению клинических проблем. Различные подходы в поведенческой терапии отличаются степенью использования когнитивных концепций и процедур. На одном конце континуума процедур поведенческой терапии находится функциональный анализ поведения, который сосредоточивается исключительно на наблюдаемом поведении и отвергает все промежуточные когнитивные процессы : на другом конце - теория социального научения и когнитивная модификация поведения, которые опираются на когнитивные теории.

Поведенческая терапия (называемая также " модификация поведения")- это лечение, которое использует принципы научения для изменения поведения и мышления. Рассмотрим различные виды научения в их значении для терапии.

КЛАССИЧЕСКОЕ ОБУСЛОВЛИВАНИЕ

Основы классического обусловливания были созданы в начале века И.П.Павловым. В опытах И.П. Павлова условный стимул (звонок) сочетается с безусловным стимулом (кормление собаки), между ними устанавливается связь таким образом, что прежде нейтральный условный стимул (звонок) теперь вызывает условную реакцию (выделение слюны).

Прекрасным примером классического обусловливания является эксперимент J.B. Watson. В 1918 году J.B.Watson начал лабораторные эксперименты с детьми, показывая, что опыт научения в детстве имеет длительный эффект. В одном опыте он сначала показал, что девятимесячный мальчик Альберт не боялся белой крысы, кролика и других белых объектов. Затем Watson ударял по стальному бруску рядом с головой Альберта каждый раз, когда появлялась белая крыса. После нескольких ударов Альберт при виде крысы начал вздрагивать, плакать и пытаться отползти. Подобным же образом он реагировал, когда Watson показывал ему другие белые объекты. В этом опыте Watson использовал классическое обусловливание: сочетая громкий звук (безусловный стимул) с предъявлением крысы (условный стимул), он вызывал новую реакцию - условную реакцию страха - на прежде нейтральное животное.

Этот опыт демонстрирует также феномен, открытый И.П.Павловым и называемый "генерализацией стимулов". Суть его состоит в том, что если развилась условная реакция, то ее будут вызывать также стимулы, похожие на условный. Watson продемонстрировал, что ребенка можно приучить бояться того, что прежде представлялось безобидным, и этот страх будет распространяться на похожие объекты. Маленький Альберт стал испытывать страх ко всем меховым игрушкам. Из своих опытов он сделал вывод, что дети научаются всему, в том числе фобиями.

Другое понятие, пришедшее из лаборатории И.П.Павлова и имеющее отношение к поведенческой терапии, - это "различение стимулов" (или "стимульная дискриминация"). Благодаря этому процессу люди научаются различать похожие стимулы. Плач ребенка становится условным стимулом для матери: ее условная реакция может выражаться в том, что она просыпается от глубокого сна при малейшем волнении ребенка, но та же мать может глубоко спать, когда плачет чужой ребенок.

И еще один феномен, открытый И.П.Павловым и используемый в поведенческих процедурах. Условный стимул продолжает вызывать условную реакцию только в том случае, если хотя бы периодически появляется безусловный стимул. Если же условный стимул не подкрепляется безусловным, то сила условной реакции начинает уменьшаться. Постепенное исчезновение условной реакции в результате устранения связи между условным и безусловным стимулами называется "угасанием".

ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ, ИЛИ ОПЕРАНТНОЕ, ОБУСЛОВЛИВАНИЕ

Не все виды научения можно объяснить классическим обусловливанием. При классическом обусловливании условный и безусловный стимулы предшествуют условной реакции. Но условные связи могут также возникать между реакциями и стимулами, которые следуют за ними, другими словами, между поведением и его последствиями. Например, собака научается "служить", чтобы получить угощение; ребенок научается говорить "пожалуйста", чтобы получить конфетку. Эти реакции являются инструментами для получения какой-то награды. Инструментальное обусловливание - это процедура научения, при которой реакции приводят к награждению или желаемому эффекту.

Принципы инструментального научения открыл американский психолог E.Thorndike примерно в то время, когда И.П.Павлов проводил эксперименты в России. Животное, обычно голодная кошка, помещалась в специальную клетку, названную "загад кой", и должна была научиться какой-то реакции - например, наступить на маленький рычаг для того, чтобы открыть дверь и выйти наружу. Когда кошке это удавалось, она награждалась пищей и вновь возвращалась в ящик. После нескольких проб кошка спокойно подходила к рычагу, нажимала на него лапой, выходила через открытую дверь и ела.

Формирование реакции происходило путем проб и ошибок, как результат выбора нужного эталона поведения и последующего его закрепления. Научение, согласно Thorndike, управляется ЗАКОНОМ ЭФФЕКТА. Согласно этому закону, поведение контролируется его результатами и последствиями. Поведение, которое приводит к достижению положительного результата, удовлетворению, закрепляется, и наоборот: не приводящее к положительному результату стирается или ослабляется.

Спустя несколько десятилетий после опубликований работ Thorndike другой американский психолог, B.Skinner, развил идеи Thorndike . Skinner подчеркивал, что при инструментальном обусловливании животное оперирует со средой, производит какое-нибудь движение, воздействует на среду. Поэтому процесс научения этим реакциям он назвал ОПЕРАНТНЫМ ОБУСЛОВЛИВАНИЕМ.

Для изучения оперантного обусловливания Skinner изобрел экспериментальную камеру, получившую название "скиннеровского ящика". Камера полностью контролируется. Она звуко- и светонепроницаема, в ней поддерживается постоянная температура. Она содержит приспособление, которым животное может оперировать, чтобы получить вознаграждение. Например, крыса, нажимая на рычаг, получает пищу из тонкой трубочки.

Скиннеровский ящик позволил изучать отношения между реакцией и ее последствиями и анализировать, как эти последствия влияют на поведение.

Оперантное обусловливание подчеркивает, что поведение есть функция его последствий. Поведение усиливается позитивным или негативным подкреплением: оно ослабляется наказанием.

ПОЗИТИВНОЕ ПОДКРЕПЛЕНИЕ - это предъявление стимулов, которые усиливают реакцию. Иными словами, это - награждение. Примером может служить учитель, который хвалит ребенка за прилежную учебу.

НЕГАТИВНОЕ ПОДКРЕПЛЕНИЕ - это процесс усиления поведения путем изъятия, удаления негативных стимулов, таких, как боль, скука, избыток тепла или холода и т.п. Примером может служить прием таблетки анальгина при головной боли. Другой пример: пациент, испытывающий страх в метро, может избежать этого переживания, оставшись дома.

НАКАЗАНИЕ. И позитивное и негативное подкрепление усиливает частоту реакции. Наказание уменьшает частоту реакции. Часто путают наказание и негативное подкрепление, они совершенно различны. Подкрепление усиливает поведение, а наказание ослабляет его. Если ток выключается, когда крыса нажимает на рычаг,- это негативное подкрепление; оно увеличивает вероятность того, что крыса нажмет на педаль, когда ток снова включает. Но если ток включается, когда крыса нажимает на рычаг, то это наказание; менее вероятно, что крыса снова нажмет на рычаг.

ДИСКРИМИНАЦИОННОЕ НАУЧЕНИЕ имеет место тогда, когда реакция награждается (или наказывается) в одной ситуации, но не награждается (не наказывается) в другой. В таком случае говорят, что реакция (поведение) находится под "контролем стимула". Этот процесс особенно важен в объяснении гибкости поведения в различных социальных ситуациях. Дискриминация (различие) стимулов позволяет научиться тому, что является подходящим (подкрепляемым) и неподходящим (неподкрепляемым) в данной ситуации. Например, ворчливая жена вряд ли будет бранить мужа в присутствии гостей.

ГЕНЕРАЛИЗАЦИЯ состоит в том, что поведение обнаруживается в иных ситуациях, а не только тех, в которых оно было приобретено. Например, терапевт может помочь пациенту стать более уверенным и экспрессивным во время терапии. Но цель терапии в том, чтобы пациент стал более уверенным в реальных жизненных ситуациях, другими словами, очень важно, чтобы произошла генерализация.

При сравнении классических и оперантных условных рефлексов видно, что, во-первых, классическое обусловливание требует повторного парного предъявления нейтрального

стимула(звонка) и стимула, вызывающего врожденную, безусловную реакцию (пища). Обеспечение такого предъявления достигается участием экспереминтатора. В эксперементах же с оперантным обусловливанием животное само осуществляет перебор стереотипов поведения - и выбор стереотипа, приводящего к достижению результата, протекает активнее. Во-вторых, оперантные рефлексы контролируются их результатом; в эксперементах же с классическим обусловливанием появление условной реакции контролируется предъявлением предшествующего стимула. В реальной жизни большая часть обучения осуществляется по законам формирования оперантных условных рефлексов.

СОЦИАЛЬНОЕ НАУЧЕНИЕ

Научение у людей в большинстве случаев имеет место тогда, когда они находятся с другими людьми. И в большинстве случаев научение следует принципам инструментального и классического обусловливания. Согласно традиционным взглядам на обусловливание, для того чтобы произошло научение, организм должен иметь непосредственный, личный опыт с сочетаниями стимулов или с последствиями реакций (поведения). Теоретики же социального научения утверждают, что также учатся на опыте других, посредством процессов, известных как "викарное обусловливание" и "викарное научения" (или моделирование).

Викарное обусловливание может быть классическим и инструментальном. Посредством викарного классического обусловливания, например, на основе поведения какого-либо человека у нас может возникнуть и закрепиться эмоциональная реакция на определенный стимул. Скажем, ваш друг восхищается каким-то писателем. Его эмоция может действовать как безусловный стимул, который вызывает подобную реакцию у вас (безусловную реакцию). Так как имя писателя сочетается с безусловным стимулом, то оно может стать для вас условным стимулом. И хотя вы сами не читали книг этого писателя, его имя вызывает у вас положительную эмоциональную реакцию (условную реакцию).

Викарное инструментальное обусловливание демонстрируют опыты Albert Bandura. Маленьким детям был показан короткий фильм с участием мужчины и большой надувной куклы. Мужчина бил куклу кулаком по лицу, молотком по голове, пинал ее, бросал в нее различные предметы. Но финалы в этом фильме были различными. Одни дети смотрели фильм с окончанием, в котором агрессивного героя фильма другой мужчина назвал "чемпионом" и угощал сладостями и напитками; другие дети смотрели, как "героя" ругали и называли "плохим человеком", и, наконец, третьи дети смотрели фильм, в котором не было ни награждения, ни

наказания героя. После фильма каждому ребенку было позволено одному поиграть с куклой. Было обнаружено, что имитация агрессивной модели поведения была наибольшей у детей, которые наблюдали награждение. Таким образом, подкрепление, которые дети видели в фильме, но непосредственно не переживали, влияло на их поведение.

Опыты с куклой показали, что научение может осуществляться не только посредством прямого обусловливания, но также и посредством викарного (замещающего) обусловливания. Викарное научение - это способность обучаться новому поведению, наблюдая поведение других.

Bandura также показал, что дети научаются и имитируют поведение взрослых, даже если оно не сопровождается награждением. В одном эксперименте детям показали фильм, в котором мужчина или сидел спокойно рядом с куклой, или с неистовством набрасывался на нее. Потом детей оставляли одних в комнате с куклой. Те дети, которые наблюдали агрессивное поведение, были более агрессивны. Более того, они в точности повторяли те формы агрессивного поведения, которые они видели, то есть научения возможно без подкрепления. (Следовательно, закон эффекта Thorndike не является универсальным).

ОБЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Поведенческую терапию характеризуют два основных положения, которые отличают ее от других терапевтических подходов (G.Terence Wilson,1989). Первое положение: в основе поведенческой терапии лежит модель научения - психологическая модель, которая фундаментально отличается от психодинамической,- квазинозологической,- модели психического заболевания. Второе положение: приверженность научному методу.

Из этих двух основных положений вытекает следующее:

1. Многие случаи патологического поведения, которые прежде рассматривались как болезни или как симптомы болезни с точки зрения поведенческой терапии, представляют собой

непатологические "проблемы жизни". К таким проблемам относятся прежде всего тревожные реакции, сексуальные отклонения, расстройства поведения.

2. Патологическое поведение является в основном приобретенным и поддерживается теми же способами, что и нормальное поведение. Его можно лечить, применяя поведенческие процедуры.

3. Поведенческая диагностика в большей степени сосредоточивается на детерминантах настоящего поведения, чем на анализе прошлой жизни. Отличительным признаком поведенческой диагностики является ее специфичность: человека можно лучше понять, описать и оценить по тому, что он делает в конкретной ситуации.

4. Лечение требует предварительного анализа проблемы, выделение в ней отдельных компонентов. Затем эти специфические компоненты подвергаются систематическому воздействию поведенческих процедур.

5. Стратегии лечения разрабатываются индивидуально к различным проблемам у различных индивидов.

6. Понимание происхождения психологической проблемы (психогенеза) не существенно для реализации поведенческих изменений; успех в изменении проблемного поведения не подразумевает знания его этиологии.

7. Поведенческая терапия основана на научном подходе. Это значит, во-первых, что она отталкивается от ясной концептуальной основы, которая может быть проверена экспериментально; во-вторых, терапия согласуется с содержанием и методом эксперементально-клиниченской психологии; в-третьих, используемые техники можно описать с достаточной точностью для того, чтобы измерить их объективно или чтобы повторить их; в-четвертых, терапевтические методы и концепции можно оценить экспериментально.

ЦЕЛИ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Поведенческая терапия стремится к тому, чтобы в результате лечения пациент приобрел так называемый коррективный опыт научения. Коррективный опыт научения предполагает приобретение новых умений совладения (копинг-умений), повышение коммуникативной компетентности, преодоление дезадаптивных стереотипов и деструктивных эмоциональных конфликтов. В современной поведенческой терапии этот коррективной опыт научения вызывает большие изменения в когнитивной, аффективной и поведенческой сферах функционирования, а не ограничивается модификацией узкого диапазона паттернов ответных реакций в открытом поведении.

Коррективный опыт научения является результатом широкого диапазона различных поведенческих стратегий, которые осуществляются как в ходе лечебных сеансов, так и между сеансами терапии. Одной из отличительных черт поведенческого подхода является высокая активность пациента в реальной жизни между терапевтическими сеансами. Пациентам предлагается, например, практиковать релаксационный тренинг, контролировать ежедневное потребление калорий, совершать различные самоутверждающие действия, сталкиваться с ситуациями, вызывающими тревогу, воздерживаться от выполнения навязчивых ритуалов. Однако поведенческая терапия не является односторонним процессом влияния терапевта на пациента, направленным на вызов изменений в его убеждениях и поведении. Терапия предполагает динамическое воздействие между терапевтом и пациентом. Решающим фактором терапии является мотивация пациента. Сопротивление изменению и отсутствие мотивации являются причинами неудачного лечения.

ИНДЕНФИКАЦИЯ И ОЦЕНКА ПРОБЛЕМЫ

Поведенческую терапию начинают с идентификации и понимания проблемы пациента. Терапевт стремится получить подробную информацию о проблеме пациента : о том, как началось расстройство, какова тяжесть, частота проявлений. Что пациент предпринимает для преодоления проблемы? Что он думает о своей проблеме, обращался ли он прежде к

терапевтам? Чтобы получить ответ на эти вопросы, которые могут быть болезненными для пациента и смущать его, необходимо предварительно установить с пациентом отношения доверия и взаимного понимания. Поэтому терапевт внимательно слушает и стремится к эмпатическому контакту.

Затем терапевт проводит функциональный анализ проблемы, пытаясь определить специфические ситуационные и личностные переменные, которые поддерживают дезадаптивные мысли, чувства и поведение. Акцент на переменных, поддерживающих проблему в настоящий момент, не означает игнорирование истории пациента. Однако прошлый опыт важен только в той степени, в какой он все еще активен в возникновении настоящего дисстресса.

В поведенчески ориентированном интервью терапевт редко задает пациенту вопрос "почему", например, "почему вы испытываете страх в толпе?". Более полезны для идентификации личностных и ситуационных переменных ,поддерживающих в настоящем проблемы пациента, вопросы, начинающиеся с "как", "когда", "где" и "что". Терапевт полагается главным образом на самоотчеты пациентов, в частности в оценке мыслей , фантазий и чувств. Такие самоотчеты являются более надежными предсказателями поведения, чем суждения клиницистов или результаты личностных тестов.

Один из методов оценки реакций пациентов в специфических ситуациях - символическое воссоздание пациентом проблематичной жизненной ситуации. Вместо того чтобы пациенты просто рассказали о событии, терапевт просит их представить эти события так, как если бы они происходили в настоящий момент. Когда пациенты вызывают ситуацию в воображении, их просят вербализовать любые мысли, которые приходят на ум - это особенно полезный способ открытия специфических мыслей, связанных со специфическими событиями.

Другой способ оценки реакций пациента в специфических ситуациях - ролевая игра. Пациента просят проиграть ситуацию, а не описывать или воображать ее. Этот метод особенно хорош для оценки межличностных проблем. При этом терапевт принимает роль человека, с которым связаны проблемы пациента. С помощью ролевой игры терапевт получает образец проблемного поведения, хотя и полученный в несколько искусственных условиях. Если терапевт оценивает супружескую пару, то он просит обоих партнеров обсудить выбранные трудные вопросы. Это дает терапевту возможность непосредственно наблюдать и оценивать их межличностную компетентность и способность решать конфликты.

Одним из важных способов поведенческой оценки является самоконтроль. Пациенты ведут ежедневные детальные записи специфических событий или психологических реакций. Пациентам с избыточным весом, например, предлагают контролировать ежедневное потребление калорий, оценивать усилия по осуществлению запланированной физической

деятельностью, отмечать условия, при которых они лишний раз перекусывают или переедают, и т.д. Таким способом выявляются поведенческие стереотипы, имеющие отношение к проблемам пациентов.

Наиболее ценным методом оценки открытого поведения является наблюдение за поведением пациента в естественных условиях. С этой целью поведенческими терапевтами разработаны специальные процедуры, предназначенные для прямого измерения поведения. Эти процедуры наиболее часто используются с детьми в школах и дома или с госпитализированными пациентами в клиниках. Родители, учителя, воспитатели, обслуживающий персонал получают инструктаж по наблюдению за поведением. После того как они приобретают навыки по наблюдению за поведением, их обучают проводить поведенческий анализ проблемы и затем инструктируют, как изменить свое собственное поведение, чтобы модифицировать проблемное поведение пациента.

Наконец, поведенческие терапевты используют психологическое тестирование. Причем они не пользуются стандартизированными психодиагностическими тестами, основанные на теории личностных черт. Тесты, подобные MMPI, могут быть полезны для получения общей картины личности пациента, но они не дают информации, необходимой для функционального анализа поведения или для выработки стратегии терапевтического вмешательства. Проективные тесты отвергаются, поскольку, во-первых, они основаны на психодинамической теории, а во-вторых, не доказана их валидность. Поведенческие терапевты используют следующие вопросники:

1. Вопросник страха Маркса и Мэтьюса (Marks and Mathews Fear Questionnaire, 1979).

2. Депрессивная шкала Бека (Beck Depression Inventory, 1979).

3. Вопросник Ратуса для оценки утвердительного поведения (Rathus Questionnaire, 1973).

4. Шкала супружеской адаптации Лока и Уоллиса (Lock and Wallase invantory of marital adjustment).

Эти оценочные средства недостаточны для проведения функционального анализа проблемы, но полезны для суждения об интенсивности проблемы и оценки эффективности поведенческой терапии.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ

СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ДЕСЕНТИЗАЦИЯ

Официальное начало поведенческой терапии связывается с именем Joseph Wolpe (1958). Wolpe определял невротическое поведение как "закрепившуюся привычку недаптивного поведения, приобретенного в результате научения". Принципиальное значение отводится тревоге, которая является составной частью ситуации, в которой происходит невротическое научение, а также составной частью невротического синдрома. Тревога, согласно Wolpe, представляет собой "стойкий ответ автономной нервной системы, приобретенный в процессе классического обусловливания". Wolpe разработал специальную технику, предназначенную для погашения этих условных автономных реакций - систематическую десенситизацию.

Для объяснения механизма психотерапевтического воздействия Wolpe создал теорию реципрокного торможения. Речь идет о торможении тревожных реакций в результате одновременного вызывания других реакций, которые с физиологической точки зрения являются антогонистическими по отношению к тревоге, несовместимы с ней. Если несовместимая с тревогой реакция вызывается одновременно с импульсом, который до сих пор вызывал тревогу, то условная связь между этим импульсом и тревогой ослабевает. Такими антогонистическими реакциями по отношению к тревоге являются прием пищи, реакция самоутверждения, половые реакции и состояние релаксации.

Самым действенным стимулом в устранении тревоги оказалась мышечная релаксация. Wolpe использовал технику прогрессивной мышечной релаксации (J.Jacobson). Обучив пациента технике глубокой релаксации, переходят ко второму шагу - составлению иерархии ситуаций, вызывающих страх. Далее пациенту, находящемуся в состоянии релаксации, предлагается ярко представить себе ситуацию, занимающую самую низкую позицию в иерархии, то есть наименее ассоциированную со страхом.

В качестве примера приводятся пятнадцать сцен из иерархии, предложенной пациенту со страхом полета в самолете (D.Bernstein,E.Roy et al.,1988):

1. Вы читаете газету и замечаете объявление авиакомпании.

2. Вы смотрите телевизионную программу и видите группу людей, садящихся в самолет.

3. Ваш шеф говорит, что вам нужно совершить деловую поездку на самолете.

4. Остается две недели до вашей поездки, и вы просите секретаря забронировать билет на самолет.

5. Вы в своей спальне, укладываете чемодан для поездки.

6. Вы принимаете душ утром перед поездкой.

7. Вы в такси по пути в аэропорт.

8. Вы проходите регистрацию в аэропорту.

9. Вы в зале ожидания и слышите объявление о посадке на ваш рейс.

10. Вы стоите в очереди перед трапом самолета.

11. Вы сидите на своем месте в самолете и слышите, как начинает работать двигатель самолета.

12. Самолет приходит в движение, и вы слышите голос стюардессы: "Застегните ремни, пожалуйста".

13. Вы смотрите в окно, когда самолет начинает разбегаться по дорожке.

14. Вы смотрите в окно, в то время, как самолет собирается взлететь.

15. Вы смотрите в окно, когда самолет отрывается от земли.

При другом варианте систематическая десенситизация осуществляется не в представлении, а in vivo, путем реального погружения в фобическую ситуацию. Этот вариант представляет собой большие технические трудности, но, по мнению ряда авторов, он более эффективен, может применяться для лечения больных с плохой способностью вызывать представления. В литературе приводится случай, когда человек, страдающий клаустрофобией, научился переносить возрастающее ограничение до такой степени, что чувствовал себя комфортно в застегнутом на молнию спальном мешке.

Систематическая десенситизация может проводиться по методике, называемой ФЕДИНГ (затухание), при которой вместо стимуляции воображения используются слайды с изображением объекта фобии или специальные кинофильмы, содержащие сцены, вызывающие страх (например, сцены полета на самолете при фобии полетов).

МЕТОДЫ , ОСНОВАННЫЕ НА УГАСАНИИ

Эти методы, называемые также ИММЕРСИЕЙ (погружением),основаны на прямом предъявлении объекта страха без предварительной релаксации. В основе этих методов лежит механизм угасания, открытый И.П.Павловым, согласно которому предъявление условного стимула без подкрепления безусловным ведет к исчезновению условной реакции. К иммерсионным методам относятся "наводнение", "имплозия", "парадоксальная интенция".

При методике "наводнения" пациент вместе в психотерапевтом оказывается в ситуации, в которой у него возникает страх, но безвредной для него, и находится в этой ситуации до тех пор, пока страх не уменьшится. Важно, что при этом должна быть исключена возможность скрытого избегания страха. Например, во время поездки в транспорте пациент старается отвлечь свое

внимание (думать о чем-то приятном или вступать в разговор с окружающими), снижая тем самым интенсивность своего страха. Пациенту следует объяснить, что скрытое избегание подкрепляет поведение избегания. Во время сеанса наводнения пациент должен испытывать как можно более сильную эмоцию страха.

ИМПЛОЗИЯ - это методика наводнения в воображении. В общих чертах повторяет методику систематической десенситизации, но проводится без сопутствующей релаксации. Вначале составляется иерархия страхов, затем переходят к собствен но имплозии - к представлению ситуаций страха. Уровень вовлеченности пациента и интенсивности испытываемого им страха терапевт оценивает по поведению пациента (по двигательной активности, напряжению мышц, мимике, вегетативным реакциям). Задача терапевта поддерживать достаточно высокий уровень страха. Если уровень тревоги снижается, врач вводит дополнительные описания ситуации, чтобы усилить страх. Например, пациента, страдающего фобией змей, просят вообразить, что он берет змею в руки; по мере снижения уровня страха пациента можно попросить представить себе, что змея кусает его в палец, лицо и т.п. Фантазия терапевта здесь может быть безграничной. Необходимо стремиться к тому, чтобы поддерживать достаточно высокий уровень страха в течение 40-45 минут.

ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ИНТЕНЦИЯ - этот метод иммерсии, предложенный Frankl (1966). Существенным патогенным фактором в этиологии неврозов Franrl считал так называемую "опережающую тревогу". Опережающая тревога часто вызывает именно ту ситуацию, которой опасается больной. Другим патогенным фактором в этиологии неврозов, по Franrl, выступает чрезмерно интенсивное стремление (интенция). Чрезмерное стремление затрудняет осуществление цели. На этих фактах Frankl основывает технику парадоксальной интенции.

При этой методике пациенту предлагается прекратить борьбу с симптомом и вместо этого умышленно вызывать его и даже стараться усиливать его. Методика предлагает кардинальное изменение установки больного по отношению к своему симптому, своей болезни. Этот метод включает не только перевертывание отношения больного к своей фобии, но также и юмористическую установку при его использовании. Попросту говоря, пациент должен отстраниться от своего невроза, посмеявшись на ним.Frankl приводит слова Allport, который говорил, что "невротик, научившийся смеяться над собой, уже стоит на пути к овладению собой, а может быть, и к извлечению".

Frankl рассказывает случай одного мальчика, страдающего сильным заиканием. Однажды он ехал в трамвае "зайцем". Застигнутый кондуктором , он решил, что естественный способ выпутаться,- это вызвать в кондукторе жалость к "бедному маленькому заике". Но стараясь заикаться, он никак не мог этого сделать! Не подозревая об этом, он прибег к парадоксальному намерению, хотя отнюдь не в лечебных целях.

МОДЕЛИРОВАНИЯ

Терапевты часто обучают пациентов желаемому поведению, демонстрируя или моделируя его. Например, десенситизация in vivo может быть особенно эффективной, когда терапевт показывает пациенту, как нужно вести себя спокойно в ситуациях, вызывающих чувство страха. В одном случае терапевт показал пациентке, страдающей сильной фобией пауков, как убивать пауков хлопушкой, и научил ее этому искусству дома с помощью набора резиновых пауков (MacDonald i bernstein, 1074).

ТРЕНИНГ УТВЕРДИТЕЛЬНОГО (УВЕРЕННОГО) ПОВЕДЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫХ УМЕНИЙ

Эта методика предназначена для неуверенных пациентов, которые неспособны открыто выражать свои чувства и не умеют отстаивать свои законные права. Они часто эксплуатируются другими, испытывают тревогу в социальных ситуациях и страдают от низкого самоуважения. Как и техники систематической десенситизации, тренинг самоуверенности также основан на использовании реакции, антагонистической страху: активное, самоутверждающее поведение несовместимо с чувствами страха и тревоги. Человек, страдающий социофобией, избегает встреч с людьми из-за возможных негативных последствий: пассивность, неуверенность, робость, дефезивное поведение, как правило, не вызывают одобрения у других людей.

Тренинг проводится в группах. В процессе занятий пациент убеждается, что самоутверждающее поведение приводит к изменению реакций окружающих. Это в свою очередь подкрепляет такое поведение, приводит к повышению самооценки и еще большей уверенности в себе. Заметим, что самоутверждающее поведение не означает агрессивности, скорее это прямое выражение как позитивных, так и негативных чувств в отстаивании своих прав при уважении прав других.

Моделирование и ролевые игры являются главными техническими средствами тренинга самоуверенности. Терапевт помогает пациентам быть более открытыми и экспрессивными в социальных ситуациях. Например, пациент, который боится попросить повышение заработной платы, может приобрести необходимые умения, несколько раз проигрывая в ролевой игре эту ситуацию с терапевтом или другими членами группы. Внимание придается развитию невербального и вербального экспрессивного поведения, то есть телесным позам, постановке голоса, контакту глаз. Затем терапевт поощряет пациента выполнять утвердительные действия в реальной обстановке для того, чтобы обеспечить генерализацию.

Помимо усиления утвердительного поведения тренинг предназначен для улучшения коммуникативных способностей, включая активное слушание, предоставление обратной связи, установление доверия через самораскрытие.

ПОЗИТИВНОЕ ПОДКРЕПЛЕНИЕ

В методиках позитивного подкрепления используются принципы оперантного обусловливания для установления связей между поведением и его последствиями. Подкрепление систематически используется терапевтами для изменения проблематичного поведения - от грызения ногтей, детской возбудимости и подростковой делинквентности до шизофрении и отказа от пищи.

Пример. Анна, четырехлетняя девочка, нормально общалась с учителями и другими взрослыми людьми, но была робка, молчалива и замкнута с детьми. Психолог, работающий в школе, заметил, что учителя неумышленно награждали ее замкнутость чрезмерным вниманием и уговорами. Тогда была разработана программа модификации поведения девочки. Учителя должны были уделять внимание Анне только тогда, когда она играла с другими детьми или по крайней мере находилась вблизи от них. Позднее учителя стали награждать Анну только за настоящее взаимодействие с детьми. Игры в одиночестве также игнорировались. В результате Анна начала проводить больше времени с детьми, чем со взрослыми (Allen et al.,1964).

Чтобы улучшить поведение пациентов с выраженными нарушениями личности или умственной отсталостью, находящихся в психиатрических учреждениях, поведенческие терапевты разработали так называемую ТАЛОННУЮ СИСТЕМУ (Ayllon i Azrin, 1968, Kazdin i Bootzin,1972), при которой желаемое поведение награждается талонами, которые больные затем обменивают

на сладости, прогулки, просмотр телевизора и другие привилегии. Персонал в сотрудничестве с пациентами составляет список желаемых целей поведения (мишеней поведения) в зависимости от особенностей поведения каждого пациента. Эти цели могут состоять в требовании говорить яснее, выполнять домашнее задание, играть с другими детьми, приводить в порядок постель и т.д. Затем устанавливается прейскурант, согласно которому пациент получает определенное количество талонов сразу после достижения той или иной цели поведения.

Талонная система может быть очень эффективной в изменении поведения. В некоторых исследованиях показано, что у психически больных с выраженными апато-абулическими изменениями личности, талонная система улучшала существенным   образом их внешний вид, социальное взаимодействие, манеры за столом и в то же время уменьшила странности в поведении. Самым существенным было то, что талонная система подготовила пациентов с выраженными расстройствами поведения к жизни вне стен психиатрической больницы (Ayllon i Azrin, 1968).

ТЕХНИКА ВЫЗЫВАНИЯ ОТВРАЩЕНИЯ

Техника вызывания отвращения (аверзивная терапия) использует принципы классического обусловливания. Так,например, алкоголиз лечат сочетанием небольших доз спиртного с веществами, вызывающими рвоту или другие неприятные ощущения. Удары электрического тока применяют для устранения невротического заикания, дрожания рук, половых извращений, ночного энуреза.

Описываемый вид терапии впервые был обоснован В.М.Бехтеревым (1917, 1925). Им было указано на то, что при лечении хронического алкоголизма давно применявшимся сочетанием алкоголя с веществами, вызывающими рвоту, в основе терапии лежит выработка рвотного условного ("сочетательного", по Бехтереву) рефлекса. Метод лечения алкоголизма впрыскиванием апоморфина перед приемом алкоголя был впервые применен в России И.Ф.Случевским и А.А.Фрикеном в 1933 году.

НАКАЗАНИЕ

В отличие от аверсивного обусловливания, при котором неприятной стимул сочетается с нежелательным поведением, наказание следует после нежелательного поведения. Например, пациенту с треморной формой писчего спазма предлагается освоить задачу попадания металлической палочкой в ряд отверстий все уменьшающегося диаметра, расположенных на пластине. Точное попадание в эти отверстия избавляют его от электрического разряда. Наличие тремора ведет к попаданию в края отверстия и к замыканию электрической цепи. Пациент при этом испытывает удар электрического тока. При спастической форме писчего спазма пациент пользуется специальной авторучкой, излишнее давление на которую приводит также к замыканию электрической цепи и, следовательно, к наказанию. В процесс тренировок пациент обучается расслаблять нужные группы мышц.

ПРОЦЕДУРА САМОКОНТРОЛЯ

Поведенческие терапевты стремятся к тому, чтобы пациентов (и дети, и взрослые) играли активную роль в определении целей лечения и в выполнении терапевтической программы. Для этого используется много процедур самоконтроля (Bandura,1977,Kanfer,1977). Самоконтроль является основой успешной саморегуляции поведения. Благодаря ему пациенты начинают лучше осознавать свои специфические проблемы и действия. Терапевт помогает пациенту определять цели или устанавливать стандарты, управляющие поведение. При лечении избыточного веса, например, совместно устанавливается ежедневное потребление калорий. Вероятность успешного самоконтроля повышается при формулировании предельно специфических, ясных и краткосрочных целей. Например, нельзя формулировать цель в такой неопределенной форме, как: "Со следуюшей недели я ограничу себя в еде"; нужна четкая и конкретная установка: "Я буду потреблять в день не более 1200 калорий". Неудача в достижении нечетких целей вызывает негативную самооценку у пациентов, в то время как успешное выполнение конкретных и ясных целей ведет к самоподкреплению, что усиливает вероятность того, что самореуляторное поведение будет поддерживаться и дальше.

В качестве одного из методов самоконтроля можно рассматривать прогрессивный релаксационный тренинг, применяемый для преодоления стрессовых реакций, включая

бессоницу, головные боли и гипертонию. Методы биологической обратной связи, используемые для лечения различных психосоматических расстройств, также относятся к категории процедур самоконтроля.

КОГНИТИВНОЕ РЕСТРУКТУРИРОВАНИЯ

Терапевтические методы этой категории основываются на предложении, это эмоциональные расстройства являются результатом дезадаптивных стереотипов мышления (когниций). В задачу когнитивного реструктурирования (R.Lazarus,1971) входит изменение этих порочных когниций. Терапевты обучают пациентов заменять в стрессовых ситуациях (публичное выступление, экзамен, неприятный разговор) дезадаптивные когниции на спокойные, разумные мысли типа:" Спокойно, ты справишься с этим,если только сконцентрируешься на задаче и обратишь мысли о том, чтобы быть совершенным". Среди этих методов широко известен тренинг прививки стресса (D.Meichenbaum,1985), при котором пациент воображает, что находится в стрессовой ситуации, и использует при этом приобретенные им новые когнитивные навыки. Рационально-эмотивная терапия Ellis (1962) и когнитивная терапия Beck (1976) также являются формами когнитивного реконструирования, сочетающими когтитивный и поведенческий методы.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

1. ТРЕВОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ. Клинические исследования в различных странах показали, что поведенческая терапия эффективна при лечении фобических расстройств, более того, поведенческая терапия является лечением выбора при фобиях. Главной техникой является систематическая экспозиция (понятие "экспозиция" объединяет все техники, основанные на предъявлении объекта страха); дополнительно при некоторых агорафобических нарушениях используются когнитивно-поведенческие стратегии (когнитивное реструктурирование, поведенческая супружеская терапия и др.). Большинство пациентов вылечивается, и это

подтверждается катамнестическими сведениями длительностью от пяти до десяти лет. Терапевтические неудачи отмечаются от 10 до 40 % при агорафобии (G.T. Wilson, 1989).

2. СЕКСУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ. Общепризнано, что поведенческая терапия является предпочитаемой при сексуальных расстройствах, так как импотенция, преждевременная эякуляция, оргазмические дисфункции и вагинизм. Наиболее известный пример - двухнедельная программа лечения сексуальных дисфункций (Masters i Johnson, 1970,1979).

3. МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ И СУПРУЖЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ. Тренинг социальных умений и тренинг утвердительного поведения используется в широком диапазоне межличностных проблем - от ограничения социально-поведенческого репертуара до социофобии. Поведенческая супружеская терапия (Jacobson i Margolin,1979) - метод обучения партнеров позитивным и продуктивным способам достижения желаемых поведенческих изменений друг в друге.

4. ХРОНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА. Поведенческая терапия неэффективна при острых психических расстройствах. Поведенческие процедуры (преимущественно талонная система) являются методом выбора у пациентов с выраженными изменениями личности и низким уровнем самообслуживания (Paul i Lentz, 1977).

5. ДЕТСКАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ. С самого начала возникновения поведенческой терапии ее методы используются при лечении различных видов нарушений в детском возрасте. Сюда относятся нарушения поведения, агрессивность, делинквентность. Талонное подкрепление широко используется при лечении гиперактивного поведения. Успех поведенческой терапии в улучшении успеваемости гиперактивных детей приводит к убеждению, что поведенческая терапия должна дополнять широко распространенную медикаментозную терапию для контроля гиперактивности, или даже являеться альтернативной лекарственной терапии в некоторых случаях (O` Leary, 1980).

Общепризнано, что аутизм является особенно тяжелым расстройством детского возраста с плохим прогнозом. Традиционные психологические методы лечения и фармакотерапия оказались неэффективными. Поведенческие же методы достигли здесь заметного успеха. По сообщению Lovaas интенсивное длительное поведенческое лечение аутистичных детей в 47% случаев приводит к нормальному интеллектуальному и поведенческому функционированию. Другие 40% обнаруживали легкое отставание и направлялись в школы для детей с речевыми задержками. В контрольной группе аутистичных детей только 2% достигли нормального функционирования. Эти результаты являются самыми лучшими, полученными когда-либо при лечении аутистичных детей.

Энурез оказался одной из наиболее курабельных проблем при лечении методами поведенческой терапии.

ТАКТИКА ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Некоторые клинические детали поведенческого (точнее, когнитивно-поведенческого) подхода к терапии могут быть проиллюстрированы на примере агорафобии - сложного тревожного расстройства (G.T. Wilson,1989).

Вначале терапевт внимательно оценивает проблему пациента и переменные, которые ее поддерживают. Последующее лечение может быть различным, но центральной частью терапии становится какая-нибудь форма экспозиции in vivo. Терапевт вместе с пациентом разрабатывает иерархию ситуаций, вызывающих страх, которых пациент избегает. Далее следует систематическая экспозиция этих ситуаций до тех пор, пока избегание не уменьшается и страх не исчезает.

Пациенту объясняют процедуры лечения и их смысл. Его проблемы интерпретируются как реакции страха-избегания, приобретенные в результате научения, которые могут быть преодолены с помощью переучивания. Терапевт подчеркивает важность систематической экспозиции, противопоставляя ее несистематическим и непродуманным попыткам пациентов слишком быстро входить в ситуации страха, что является типичной ошибкой.

Подготовка к каждой экспозиции включает три момента: 1) узнавание и принятие чувства страха, 2) индентификация когнитивных искажений, которые вызывают или усиливают страх, 3) противодействие когнитивным искажениям. Вместо катастрофизации ("О нет! Опять это! Мне страшно!") пациентов обучают самоинструкциям, полезным для совладания (например :"Эта тревога неприятна, но не опасна. Это пройдет. Подумайте, что можно сделать сейчас. Без паники"). Эти подготовительные копинг-реакции часто репетируются в воображении.

Терапевт может сопровождать пациента во время экспозиции in vivo, обеспечивая поддержку и социальные подкрепления. Хотя терапевт относится с сочувствием к пациенту, испытывающему страх, он остается твердым в необходимости систематической экспозиции. Железное правило состоит в том, что, если пациент вошел в ситуацию страха, из нее нельзя выходить, пока страх не уменьшится. Пациентам разрешается ретироваться, если это абсолютно необходимо, но так, как это предварительно совместно оговорено. Во-первых, недопустим резкий выход из ситуации: пациенты пытаются оставаться в ситуации так долго, как только можно, даже если они испытывают значительный дискомфорт. Во-вторых, если они не могут оставаться в ситуации, они выходят из нее запланированным способом, а не спасаются бегством. Если, например, ситуацией является супермаркет, они перемещаются в менее людное место магазина и пытаются успокоиться. Если это не удается , они выходят из магазина, но не бросаются в "безопасное" место, а как можно скорее пытаются снова войти в магазин.

После экспозиции терапевт и пациент анализируют то, что имело место. Это дает возможность терапевту понять, как пациент интерпретирует свой опыт, и обнаружить иррациональные когнитивные процессы. Например, пациенты, страдающие агорафобией, склонны обесценивать позитивные достижения: они не всегда приписывают успех опыта своим копинг-способностям и поэтому не достигают эффекта.

Пациентам дается домашнее задание - специфические инструкции о том, как проводить экспозиции дома. Им предлагают ежедневно детально записывать все, что они делали, чувствовали, с какими проблемами сталкивались. Эти самоотчеты просматриваются терапевтом перед началом следующей встречи. Помимо того, что эти записи дают терапевту информацию о прогрессе в лечении, они способствуют процессу изменения когниций пациентов. Например, из-за своего негативного мышления пациенты часто сетуют на слабую эффективность лечения. Терапевт может указать на специфические успехи, отмеченные в дневниковых записях, которые пациенты не приняли достаточно серьезно.

Домашние задания требуют активного сотрудничества супруга или других членов семьи. Терапевт приглашает супруга на один сеанс, чтобы оценить его желание и способность обеспечить необходимую поддержку, а также объяснить ему, что требуется. Mathews et al. (1981) написали терапевтические учебники для страдающих агорафобией и их супругов, в которых они описывают каждый шаг экспозиции in vivo и подчеркивают общую ответственность.

Нередко агорафобики терпят неудачу при выполнении домашних заданий .Имеется несколько возможных причин этого - от плохо составленного задания до сопротивления изменению. Все эти причины должны быть рассмотрены, когда терапевт анализирует причины невыполнения его назначений (причины "нон-комплайенса"). Другая возможность состоит в том, что супруг не склонен к сотрудничеству и даже пытается саботировать терапию. Одно из преимуществ включения супруга в терапию состоит в том, что сопротивление быстро открывается и к нему можно прямо обратиться в терапевтических сеансах. Супружеская терапия может быть

необходимой для решения межличностного конфликта, который может блокировать улучшения у пациента.

Могут применяться дополнительные техники к экспозиции in vivo. Они обычно помогают пациентам более конструктивно совладать с различными источниками стресса. Одни пациенты, например, нуждаются в тренинге утвердительного поведения для преодоления стресса, вызванного межличностным конфликтом, другие нуждаются в обучении способам совладения с подавленным гневом.

Наконец перед завершением лечения терапевт работает над предупреждением рецидива. Пациентов предупреждают, что, возможно, в будущем они внезапно испытают возвращение страха. Пациенты используют воображение для проецирования в будущее такого рецидива страха и учатся совладать со своими чувствами путем воссоздания прежде успешных копинг-реакций. Их убеждают, что эти чувства вполне нормальны, ограничены во времени и не обязательно сигнализируют о рецидиве. Пациенты постигают, что именно способ их интерпретации своих чувств определяет, возникает у них рецидив или нет.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

Чаще всего поведенческая терапия является краткосрочной, но и терапия, длящаяся от 25 до 50 занятий, - обычное явление. Возможно и более длительное лечение.

В типичных случаях поведенческий терапевт заключает контракт с пациентом на проведение лечения длительностью от двух до трех месяцев (приблизительно 8-12 занятий) и в конце этого лечения оценивает его. Отсутствие улучшения является поводом для терапевта пересмотреть, точно ли им концептуализирована проблема пациента, использует ли он подходящие техники или нужно применить другие, нет ли каких-то личных проблем у него как терапевта, не будет ли передача больного другому терапевту или использование другой формы лечения более полезными. При завершении лечения терапевт обычно избегает внезапного его прекращения. Имеет место постепенное сокращение числа занятий от одного раза в неделю до одного раза в две недели, до одного раза в месяц и т.д. Кроме того, постепенно уменьшается активность терапевта, занятия могут быть короче, чем прежде, иногда

это могут быть контакты с пациентом по телефону.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКЕ

Этот случай заимствован у G.T. Wilson i K.D.O`Leary (1980).

Пациент Б., 35 лет, из благополучной семьи, женат,имеет двух сыновей 8 и 5 лет. Он страдает упорным эксгибиционизмом на протяжении последних 20 лет: неожиданно перед взрослыми женщинами обнажает гениталии примерно 5-6 раз в неделю. 15 лет психоаналитического лечения (с перерывами), несколько госпитализаций в психиатрические стационары и 6 лет тюремного заключения за девиантное сексуальное поведение не помогли пациенту изменить свое явно неконтролируемое поведение. В настоящее время ему предъявлено судебное обвинение в том, что он обнажался перед взрослой женщиной в присутствии детей. Стало очевидном, что ему грозит пожизненное заключение в связи с частыми нарушениями закона и неэффективностью длительного и дорогого психиатрического лечения. Незадолго до явки в суд психоаналитик пациента направил его к поведенческому терапевту испытать последний шанс.

Пациент был госпитализирован и ежедневно в течение полутора месяцев проходил курс психотерапии - всего около 50 часов. Уделив некоторое время на развитие доверительных отношений, так чтобы пациент чувствовал себя комфортно, раскрывая интимные подробности своих проблем, терапевт провел ряд интенсивных бесед для определения специфических социальных и психологических факторов, которые поддерживали девиантное поведение пациента. С разрешения пациента были также опрошены его родители и жена.

Чтобы получить образец его эксгибиционистского поведения, в больнице была организована ситуация, которая близко напоминала условия, при которых пациент эксгибиционировал в реальной жизни. Две привлекательные женщины (из персонажа лоликлиники) сидели в приемной, читая журналы, а пациенту нужно было войти, сесть напротив них и начать эксгибиционировать. Несмотря на искусственную обстановку, он сильно возбудился и мастурбацией почти довел себя до оргазма. Все происходящее было записано на видеокассету.

При просмотре пациентом в последующем этой записи была изменена его реакция на эту сцену путем регистрации степени эрекции.

На основе проведенной оценки поведения была выяснена детальная картина внутренних и внешних стимулов и реакций, приводящих к актам эксгибиционизма. Например, если он, проезжая на машине мимо трамвайной остановки, видел на ней одиноко стоящую женщину, то эта картина каждый раз приводила в движение такой стереотип мыслей и образов, который заставлял его, объехав квартал, вернуться и совершить акт эксгибиционизма. Или гнев, который он испытывал в горячем споре с отцом, и который не мог сдерживать, также иногда вызывал желание эксгибициорировать. Чем больше пациент думал об обнажении, тем навязчивее становилась мысль по отношению к конкретной женщине и ее реакциях. Его поведение выходило из-под контроля, и он уже не думал о последствиях своих действий. Пациент надеялся, что жертва будет выражать одобрение его действиям в какой-либо форме - улыбаться или делать сексуально окрашенные комментарии. Хотя иногда так и случалось, однако большинство женщин игнорировало его, а некоторые вызывали полицию.

Пациент думал о поведенческой терапии как о методе, с помощью которого у него выработается условный рефлекс (при этом он сам будет пассивен) и его проблема исчезнет. Терапевт постоянно разрушал его иллюзии, объясняя, что успех может быть достигнут только при его активном участии на всех этапах терапевтической программы. Ему было объяснено также, что не существует автоматического лечения его проблемы, но что он сможет научиться новым поведенческим стратегиям самоконтроля, которые, если их применять осознанно и в надлежащее время, дадут ему возможность избежать девиантного сексуального поведения.

Как и в большинстве сложных клинических случаев, при лечении использовалось несколько техник для модификации различных компонентов расстройства. Собственное понимание пациентом своей проблемы состояло в том, что его внезапно охватывало желание, которое он не в состоянии был контролировать, и поэтому его действия были "невольными". Анализ последствий событий, которые каждый раз предшествовали обнажению, изменил убеждение пациента в том, что он не мог контролировать своего поведения. Ему было показано, что он сам превращал относительно слабый начальный импульс к обнажению в непреодолимую навязчивость, из-за того, что находился под влиянием неадекватных мыслей и чувств и совершал действия, усиливающие соблазн. Ему объяснили, что разрывать эту патологическую поведенческую цепочку и применять стратегии самоконтроля, которым он научится в процессе лечения, надо в самом начале возникновения желания, когда оно еще слабо. Для этого вначале надо научиться осознавать свои мысли, чувства и поведение и узнавать ранние сигналы опасности.

Поскольку желание обнажаться часто вызывалось у пациента специфическими состояниями напряжения, его научили уменьшать напряжение с помощью прогрессивной релаксации.

Применялся также тренинг утвердительного поведения, чтобы помочь пациенту конструктивно совладать с чувствами гнева и выражать его приемлемыми способами, а не искать разрядки в девиантном поведении. Используя ролевую игру, терапевт моделировал подходящую реакцию. Кроме того пациент получал подкрепляющую биологическую обратную связь, когда в результате репетиций находил более эффективные способы реагирования на события, вызывающие гнев. С помощью техники скрытого моделирования пациент научился представлять себя в ряде ситуаций, которые обыкновенно заканчивались обнажением, но при этом реагировать альтернативными способами, например, снимать напряжение с помощью релаксации, выражать гнев подходящим образом, вспоминать о том, что его может задержать полиция, или просто избегать этих ситуаций.

Применялось также аверсивное обусловливание: во время повторных просмотров пациентом видеозаписи эксгибиционистской сцены в непредсказуемые моменты в наушниках раздавался громкий, субъективно непереносимый, звук полицейской сирены. Если поначалу пациент с удовольствием и сексуальным возбуждением смотрел запись, то постепенно он потерял к ней сексуальный интерес. Он сообщил, что испытывает значительные трудности в сосредоточении внимания на этой сцене, поскольку ожидает пугающих его звуков полицейской сирены. Сирена также систематически сочеталась с рядом представлений различных ситуаций, в которых пациент обнажался. В добавление к этому пациент научился связывать воображаемые внушающие отвращение (аверсивные) события с перверзными мыслями и образами. Например, воображение такого неприятного события, как задержание полицией, сочеталось с мыслями об эксгибиционизме. Для оценки эффективности лечения в процессе его у пациента периодически оценивали степень сексуального возбуждения при просмотре видеозаписи измерением пениальной эрекции.

Кроме занятий с терапевтом пациент получал домашние задания, которые включали в себя прежде всего самоконтроль и ведение дневниковых записей возникающих перверзных желаний, для того чтобы научиться распознаванию самых ранних признаков рецидива. Другие домашние задания включали: выполнение релаксационных упражнений; связывание в воображении аверсивных образов с переверзными сексуальными фантазиями; репетиция утвердительного поведения (когда оно уместно) при взаимодействии с другими пациентами и персоналом. Степень утвердительного поведения оценивалась персоналом с помощью прямого наблюдения.

Наконец жена пациента, после разговора с терапевтом о сотрудничестве и очевидных успехов в осуществлении терапевтической программы, согласилась на участие в нескольких совместных занятиях с мужем, в которых использовались поведенческие методы улучшения коммуникации и взаимодействия супругов. Хотя поведенческая диагностика показала, что эксгибиционистское поведение пациента не являлось прямым результатом несчастливого брака или отсутствия сексуального поведения с женой, терапевт исходил из того, что улучшение функционирования в этой сфере поможет пациенту укрепить и поддержать контроль, приобретенный им в ходе выполнения программы, над отклоняющимся сексуальным поведением.

После выписки из больницы пациент продолжал контролировать мысли и чувства, связанные с эксгибиционизмом, систематически занимался релаксацией, упражнялся в сочетании аверсивных образов с мыслями об обнажении. Каждую неделю

он отсылал свои записи на анализ терапевту - процедура, предназначенная для генерализации изменений в реальной жизни и поддержания самоконтроля.

Для закрепления достигнутых успехов через четыре месяца после выписки пациент вернулся в больницу на недельный срок для интенсивного лечения по той же терапевтической программе.

Благодаря рекомендации терапевта суд приговорил пациен та условно. Катамнез длительностью в пять лет показал, что пациент воздерживается от эксгибиционизма.

ЛЕКЦИЯ ПЯТАЯ Лекция 5.

КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ АРОНА БЕКА

ОСНОВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ

Когнитивная терапия создана Аароном Беком в 60-х годах. Отталкиваясь от клинических наблюдений и экспериментальных исследований, он развил теорию эмоциональных нарушений и описал когнитивную модель депрессии.

В предисловии к известной монографии "Когнитивная терапия и эмоциональные расстройства" (1976) Бек заявляет о своем подходе как о принципиально новом, отличном от ведущих школ, посвятивших себя изучению и лечению эмоциональных нарушений - традиционной психотерапии, психоанализа и поведенческой терапии. Эти школы, несмотря на существенные различия между собой, разделяют общее фундаментальное допущение: пациента терзают скрытые силы, над которыми он невластен. Традиционная психотерапия аномалии, и использует лекарства и другие физические средства для ослабления эмоционального расстройства.

Психоанализ объясняет невроз подсознательными психологическими факторами: подсознательные элементы укрыты психологическими покровами, сквозь которые можно проникнуть лишь с помощью психоаналитических толкований. Поведенческая терапия рассматривает эмоциональное нарушение с точки зрения случайных условных реакций, возникших ранее в жизни пациента. Согласно бихевиористской теории, для устранения этих условных рефлексов недостаточно простого знания пациента о них или его желания - требуется выработка "условных контррефлексов" под руководством компетентного поведенческого терапевта.

Итак, эти три ведущие школы утверждают, что источник расстройства пациента лежит вне его сознания. Они мало внимания обращают на сознательные понятия, конкретные мысли и фантазии, то есть КОГНИЦИИ. Новый подход - когнитивная терапия - полагает, что к эмоциональным расстройствам можно подойти совершенно другим путем: ключ к пониманию и решению психологических проблем находится в сознании пациентов.

Когнитивная терапия предлагает, что проблемы у индивида вытекают главным образом из неких искажений реальности, основанных на ошибочных предпосылках и допущениях. Эти неправильные представления возникают в результате неправильного научения в процессе познавательного, или когнитивного, развития личности. Отсюда легко вывести формулу лечения: терапевт помогает пациенту отыскать искажения в мышлении и научиться альтернативным, более реалистическим способам формулирования своего опыта.

Когнитивный подход к эмоциональным расстройствам изменяет взгляд человека на самого себя и свои проблемы. Отказавшись от представлений о себе как о беспомощном поражении биохимических реакций, слепых импульсов или автоматических рефлексов, человек получает возможность увидеть в себе существо, склонное рожать ошибочные идеи, но и способное отучиться от них или исправить их. Только определив и исправив ошибки мышления, он может создать для себя жизнь с более высоким уровнем самоосуществления.

Главная концепция когнитивной терапии состоит в том, что решающим фактором для выживания организма является переработка информации. Мы не смогли бы выжить, если бы у нас не было фукционального аппарата для приема информации из окружающей среды, синтезирования ее и планирования действий на основе этого синтеза.

При различных психопатологических состояниях (тревога, депрессия, мания, параноидное состояние, обсессивно-компульсивный невроз и др.) на переработку информации оказывает влияние СИСТЕМАТИЧЕСКОЕ ПРЕДУБЕЖДЕНИЕ. Это предубеждение специфично для различных психопатологических расстройств. Другими словами, мышление пациентов тенденциозно. Так,депрессивный пациент из информации, предоставляемой окружающей средой, выборочно синтезирует темы потери или поражения. А у тревожного пациента имеется сдвиг в направлении тем опасности.

Этим когнитивным сдвигам способствуют специфические позиции, которые располагают людей в определенных жизненных ситуациях тенденциозно интерпретировать свой опыт. Например, человек, для которого идея возможности внезапной смерти имеет особое значение, может, пережив угрожающий жизни эпизод, начать интерпретировать нормальные телесные ощущения как сигналы наступающей смерти, и тогда у него разовьются приступы тревоги.

Когнитивный сдвиг можно по аналогии представить как компьютерную программу. Каждое расстройство имеет свою специфическую программу. Программа диктует вид вводимой информации, определяет способ переработки информации и результирующее поведение. При тревожных расстройствах, например, активируется "программа выживания ":индивид из потока информации выбирает "сигналы опасности" и блокирует "сигналы безопасности". Результирующее поведение будет состоять в том, что он буде чрезмерно реагировать на относительно незначительные стимулы как на сильную угрозу и будет отвечать избеганием.

Активированная программа отвественна за КОГНИТИВНЫЙ СДВИГ в переработке информации. Нормальная программа правильно отобранных и проинтерпретированных данных заменяется "тревожной программой", "депрессивной программой", "панической программой" и т.д. Когда это случается, индивид испытывает симптомы тревоги, депресии или паники. Стратегии и техники когнитивной терапии предназначены для дезактивации таких дезадаптивных программ, для сдвига аппарата переработки информации (когнитивного аппарата) в более нейтральное положение.

ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТИ

У каждого человека в когнитивном функционировании имеется свое слабое место - "когнитивная уязвимость",- которое располагает его к психологическому стрессу. Эти "уязвимости" относятся к структуре личности.

Личность формируется схемами или когнитивными структурами, которые представляют собой базальные убеждения (позиции). Эти схемы начинают формироваться в детстве на основе личного опыта и индентификации со значимыми другими. Люди формируют концепции о себе, других, о том, как функционирует мир. Эти концепции подкрепляются дальнейшим опытом научения и в свою очередь влияют на формирование других убеждений, ценностей и позиций.

Схемы могут быть адаптивными или дисфункциональными. Схемы являются устойчивыми когнитивными структурами, которые становятся активными, когда включаются специфическими стимулами, стрессорами или обстоятельствами.

У пациентов с пограничными личностными расстройствами имеются так называемые ранние негативные схемы, ранние негативные ядерные убеждения. Например: "Со мной происходит что-то неладное", "Люди должны поддерживать меня и не должны критиковать, не соглашаться со мной или неправильно понимать меня". Благодаря таким убеждениям у этих людей легко возникают эмоциональные расстройства.

Другое чувство убеждение было вызвано Беком "условным предположением". Такие предположения, или позиции, начинаются с "если". Два условных предположения, часто отмечаемые у пациентов, склонных к депрессии: "Если я не добьюсь успеха во всем, что я делаю, никто не будет уважать меня", "Если человек не любит меня, значит, я недостоин любви". Такие люди могут функционировать относительно хорошо до тех пор, пока они не испытают серию поражений или отвержений. После этого они начинают считать, что никто не уважает их или что они недостойны любви. В большинстве случаев такие убеждения можно рассеять в краткосрочной терапии, однако если они составляют ядро убеждений, тогда требуется более длительное лечение.

КОГНИТИВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ ДЕПРЕССИИ. Бек описывает когнитивную триаду при депрессии:

1. Негативное представление о себе. Депрессивный индивид воспринимает себя как неприспособленного, никчемного, отверженного.

2. Негативный взгляд на мир. Депрессивный индивид убежден в том, что мир предъявляет чрезмерные требования к человеку и воздвигает непреодолимые барьеры на пути к достижению целей. В мире нет ни удовольствия, ни удовлетворения.

3. Нигилистический взгляд на будущее. Депрессивный индивид убежден в том, что переживаемые им трудности непреодолимы. Эта безнадежность нередко приводит его к суицидным мыслями.

КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ. В мышлении тревожного пациента доминируют темы опасности, то есть он предполагает события, которые окажутся пагубными для него, для его семьи, для его имущества и дла других ценностей.

Восприятие опасности тревожным пациентом основано на ложных предположениях или оно чрезмерно, в то время как нормальная реакция основана на более точной оценке риска и размеров опасности. Кроме того, нормальные индивиды могут контролировать свое неправильное восприятие, используя логику и очевидность. Тревожные индивиды испытывают трудности в распознавании сигналов безопасности и других свидетельств, которые уменьшают угрозу опасности. Таким образом, в случаях тревоги когнитивное содержание вращается вокруг темы опасности, и индивид склонен преувеличивать вероятность вреда и уменьшать свою способность к совладанию.

МАНИЯ. Предубежденное мышление маниакального пациента противоположно депрессивному. Такие индивиды избирательно воспринимают преимущества всякого жизненного опыта или интерпритируя его как позитивный и нереалистично ожидая благоприятные результаты от различных предприятий. Преувеличение способностей, достоинств и достижений приводит к чувству эйфории. Постоянная стимуляция, идущая от завышенной самооценки и чрезмерно оптимистических ожиданий, обеспечивает огромные источники энергии и вовлекает маниакального индивида в постоянную деятельность, направленную на достижение цели.

КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА. Пациенты с паническим расстройством склонны рассматривать любой не объяснимый симптом или ощущение как признак неминуемой катастрофы. Главной чертой людей с паническими реакциями является наличие убеждения в том, что их витальные системы - кардиоваскулярная, респираторная, центральная нервная - потерпят крах. Из-за своего страха они постепенно прислушиваются к внутренним ощущениям и

поэтому замечают и преувеличивают ощущения, которые проходят незамеченными у других людей.

Пациенты с паническими расстройствами имеют специфический когнитивный дефицит - они неспособны реалистически воспринимать свои ощущения и катастрофически их интерпретируют.

Пациенты, у которых был один или несколько приступов в конкретной ситуации, начинают избегать этих ситуаций. Предчувствие такого приступа запускает множество вегетативных симптомов, которые затем неправильно интерпретируются как признаки неминуемого несчастья (сердечного приступа, потери сознания, удушья), что может привести к полному разворачиванию панического приступа. У пациентов с паническим расстройством часто развивается АГОРАФОБИЯ. Они в конце концов не покидают своего дома или так ограничивают свою деятельность, что не могут отходить далеко от дома и нуждаются в сопровождаемом.

КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ ФОБИИ. При фобиях имеется предчувствие физического или психологического ущерба в специфических ситуациях. Если пациент в состоянии избежать подобной ситуации, но не ощущает угрозы и сохранит спокойствие. Если же он попадет в такую ситуацию, то почувствует субъективные и физиологические симптомы тревоги.

Страх перед отдельными ситуациями основан на преувеличенном представлении пациента об особых пагубных свойствах этих ситуаций. Так, пациент с фобией тоннелей испытывает страх перед крушением в тоннеле и собственной смертью от удушья; другого пациента будет ужасать возможность наступления острого, смертельно опасного заболевания, если ему вовремя не окажут помощи.

При оценочных фобиях имеется страх неудачи в социальных ситуациях, на экзамене или публичном выступлении. Поведенческие и физиологические реакции на потенциальную опасность (отвержение, недооценка, неудача) могут мешать функционированию пациента до такой степени, что могут вызывать как раз то, чего боится пациент.

КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПАРАНОИДНЫХ СОСТОЯНИЙ. Параноидный индивид приписывает другим людям предубедительное отношение к себе. Другие люди преднамеренно оскорбляют, вмешиваются, критикуют. В отличие от депрессивных пациентов, которые считают, что предполагаемые оскорбления или отвержение справедливы, паранодные пациенты считают, что другие третируют их несправедливо.

В отличие от депрессивных, параноидные пациенты не отличаются низкой самооценкой. Они больше озабочены несправедливостью предполагаемых нападок и вторжений, чем действительными потерями.

КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ ОБСЕССИЙ И КОМПУЛЬСИЙ. Пациенты с обсессиями подвергают сомнению ситуации, которые большинством людей считаются безопасным. Сомнение обычно касается ситуаций, которые являются потенциально опасными.

Обсессивные пациенты постоянно сомневаются, совершили ли они действие, необходимое для безопасности (например,   выключили ли газовую печь или закрыли ли на ночь дверь). Они могут бояться заражения микробами,и никакое разубеждение не устраняет страха.

Главная их черта - чувство ответственности и убеждение, что они ответственны за совершение действия, которое может   повредить им и их близким.

Компульсивные пациенты предпринимают попытки уменьшить чрезмерные сомнения, выполняя ритуалы, предназначенные для

нейтрализации и предупреждения несчастья. Компульсивное   мытье рук, например, основывается на убеждении пациента, что он не устранил всю грязь со своего тела.

КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ ИСТЕРИИ. При истерии пациент убежден, что у него имеется соматическое расстройство. Так как

воображаемое расстройство не смертельно, он склонен принимать его без особой тревоги. Пациенты, страдающие фобией, по существу являются "сенсорными фантастами", то есть они воображают себе какую-нибудь болезнь, а затем испытывают   сенсорное ощущение как доказательство, подтверждающее наличие этой болезни. Пациент, как правило, ощущает сенсорные и моторные аномалии, которые соответствуют его ошибочному представлению об органической патологии.

КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ. Нервная анорексия и булимия представляют констелляции дезадаптивных убеждений, которые вращаются вокруг одного центрального предположения: "Вес и форма моего тела определяют мою ценность и   мою социальную приемлемость". Вокруг этого предположения вращаются такие убеждения, как: "Я буду

безобразна, если буду больше весить", "Единственная вещь в моей жизни, которую я могу контролировать,- это мой вес" и "Если я не

буду голодать, я начну полнеть - а это катастрофа!".

Пациенты с анорексией обнаруживают типичное искажение в переработке информации. Они неправильно интерпретируют симптомы наполнения желудка после приема пищи как признаки того, что они полнеют. Кроме того, они неправильно воспринимают свой образ в зеркале или на фотографии как более объемный, чем есть на самом деле.

Когнитивные искажения - это систематические ошибки в суждениях. Они очевидны при психологическом дисстрессе.

1.ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ. Это склонность интерпретировать события в аспекте личных значений. Процесс персонализации лучше всего проиллюстрировать на крайних примерах, касающихся пациентов-психотиков. Пациент, страдающий параноидной шизофренией, считал, что образы, которые он видит на телевизионном экране, непосредственно с ним разговаривают,и он им отвечал. Депрессивный психотик, услышав об эпидемии в далекой стране, начал упрекать себя в том, что вызвал ее. Женщина, страдающая манией, была убеждена, выходя на улицу, что все прохожие мужчины в нее влюблены. Пациенты-психотики постоянно трактуют события, с ними совершенно не связанные, так, словно сами вызвали эти события или словно события направлены против них лично.

Более мягкие формы персонализации обнаруживаются у невротических пациентов. У них наблюдается склонность к переоценке степени, в которой события связаны с ними. Они также чрезмерно поглощены личными значениями отдельных происшествий. Депрессивный невротик, увидев хмурый взгляд прохожего, думает:" Он чувствует ко мне отвращение". Хотя и может оказаться, что в данном случае мнение пациента является верным, ошибка его заключается в представлении, что любая гримаса, замеченная им у окружающих, свидетельствует об отвращении к нему. Он переоценивает как частоту, так и степень отрицательных чувств, которые вызывает у других людей.

2. ДИХОТОМИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ. Пациент-невротик склонен мыслить крайностями в ситуациях, бьющих его по чувствительным местам, например, по самооценке при депрессии, по вероятности подвергнуться опасности при тревожном неврозе. События обозначаются как черные или белые, хорошие или плохие, прекрасные или ужасные. Такое свойство было названо "дихотомическим мышлением" или "биполярным мышлением". Например, молодой человек пристально изучил практически каждого, с кем вступал в контакт - продавца в магазине, прохожего на улице, - чтобы выяснить, склонны ли его принимать или отвергать. Он не

мог настроить свою оценку так, чтобы она включала в себя нейтральность или тонкие переходы типа:" в какой-то мере приемлем", "в какой-то мере неприемлем". Нейтральность (безразличие) говорила о неприемлемости и приводила его в уныние; улыбка означала полную приемлемость и вызывала эйфорию.

3. ВЫБОРОЧНОЕ АБСТРАГИРОВАНИЕ (ИЗВЛЕЧЕНИЕ). Это концептуализация ситуации на основе детали, извлеченной из контекста, при игнорировании другой информации. Например, на шумной вечеринке парень начинает ревновать свою девушку, которая склонила голову к другому, чтобы лучше его расслышать.

4. ПРОИЗВОЛЬНЫЕ УМОЗАКЛЮЧЕНИЯ. Бездоказательные или даже противоречащие очевидным фактам умозаключения. Примером может служить работающая мать, которая в конце тяжелого дня заключает:" Я ужасная мать!"

5. СВЕРХГЕНЕРАЛИЗАЦИЯ. Это неоправданное обобщение на основании единичного случая. Например, ребенок делает

единственную ошибку, но думает:"Я все делаю неправильно!" Или женщина заключает после обескураживающего свидания: "Все мужчины одинаковы. Меня всегда будут отвергать".

6. ПРЕУВЕЛИЧЕНИЯ ("КАТАСТРОФИЗАЦИЯ"). Катастрофизация - это преувеличение последствий каких-либо событий. Примерами могут служить такие предположения пациентов:" Будет ужасно, если кто-то будет плохого мнения обо мне", " Если я буду нервничать на экзамене, это будет ужасно!".

ЦЕЛИ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Целями когнитивной терапии являются: исправление ошибочной переработки информации и помощь пациентам в модификации убеждений, которые поддерживают неадаптивное поведение и эмоции. Для опровержения этих дисфункциональных убеждений и содействия более реалистичному адаптивному мышлению используются когнитивные и поведенческие методы. Когнитивная терапия вначале нацелена на снятие симптома, включая проблемное поведение и логические искажения, но ее конечной целью является устранение систематических предубеждений в мышлении.

Когнитивная терапия рассматривает убеждения пациента как гипотезы, которые можно проверить с помощью поведенеского эксперимента. (Поведенческий эксперимент - это проверка искаженных убеждений или страхов в ситуациях реальной жизни). Когнитивный терапевт не говорит пациенту, что его убеждения иррациональны или неправильны или что ему необходимо принять убеждения терапевта. Вместо этого терапевт задает вопросы для извлечения информации о значении, функции и последствиях убеждений пациента. В конце концов пациент решает, отвергать, модифицировать или сохранять ему свои убеждения, предварительно осознав их эмоциональные и поведенческие последствия.

ТЕОРИЯ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ

В терапевтическом изменении взаимодействуют когнитивный, эмоциональный и поведенческий каналы, однако когнитивная терапия подчеркивает ведущую роль когниций в вызывании и поддержании терапевтических изменений.

Когнитивные изменения происходят на трех уровнях:

1) в произвольном мышлении,

2) в непрерывном,или автоматическом, мышлении,

3) в предположениях (убеждениях).

Каждый уровень отличается от предыдущего своей доступностью для анализа и стабильностью.

Наиболее доступны для анализа и наиболее стабильны - произвольные мысли, потому что их можно вызвать по желанию и они временны. На следующем уровне - автоматические мысли, которые появляются спонтанно и предшествуют эмоциональным и поведенческим реакциям. Эти автоматические мысли более стабильны и менее доступны, чем произвольные мысли, но можно научить пациентов распознавать их и контролировать. Автоматические мысли возникают на основе предположений (убеждений), которые составляют третий уровень. Убеждения могут быть очень стабильными или не осознаваться пациентами. Терапия стремится к идентификация этих предположений и противодействию их эффектам.

Рассмотрим подробнее автоматические мысли и лежащие в их основе предположения (убеждения).

АВТОМАТИЧЕСКИЕ МЫСЛИ - это мысли, которые появляются спонтанно и приводятся в движение обстоятельствами. Эти мысли выступают между событием или стимулом и эмоциональными и поведенческими реакциями индивида.

Бек приводит следующий пример из клинической практики. Женщина, вышедшая на улицу, неожиданно осознает, что оказалась в трех кварталах от дома, и ей сразу же становится плохо. Различные школы психотерапии по-разному объясняют эту загадочную реакцию.

Писхоанализ, например, объясняет слабость, которую испытывает женщина, удалившись от дома, с позиции подсознательного значения: нахождение на улице пробуждает подавленное желание, вроде желания быть соблазненной или изнасилованной. Это желание порождает тревогу из-за связанного с ним запрета.

Бихевиористы, применяя условно-рефлекторную модель эмоций для объяснения тревоги, приведут причины другого рода. Они предложат, что некогда в своей жизни женщина столкнулась с действительно опасной ситуацией, отдалившись от дома. У нее возник условный рефлекс реагировать на безобидный раздражитель на том же уровне тревоги, который бы у нее появился перед лицом настоящей опасности.

Когнитивный подход предлагает иную трактовку. У человека между возбуждающим событием и эмоциональными последствиями мелькает ряд мыслей. Если пациентка в нашем примере в силах заполнить разрыв между возбуждающим событием и эмоциональной реакцией, то загадка этой реакции становится понятной.

Непосредственно до возникновения тревоги перед женщиной прошла следующая вереница мыслей:" Я далеко отошла от дома. Если теперь со мной что-нибудь случится, я не доберусь до дома, где мне смогут оказать помощь. Если я упаду здесь на улице, люди просто пройдут мимо - они меня не знают. Никто мне не поможет." Цепь рассуждений, ведущих к тревоге, включила ряд мыслей об опасности.

Пациенты не осознают полностью этих автоматических мыслей. До тех пор пока пациента не научат сосредоточиваться на автоматических мыслях, они по большей части проскальзывают незамеченными.

Автоматические мысли, о которых сообщают пациенты, имеют ряд общих характеристик. Они конкретны и раздельны. Они возникают в стенографическом виде. Кроме того, они не являются результатом обдумывания, рассуждения или рефлексии. Здесь отсутствует логическая последовательность этапов как при мышлении, ориентированном на цель, или при решении задачи. Мысли просто "приходят", словно рефлекторно. Они относительно автономны, то есть пациент не прилагает усилий, чтобы их вызвать, и их сложно "выключить", особенно в тяжелых случаях.

Автоматические мысли воспринимаются как правдоподобные. Пациенты воспринимают их как бесспорные, не проверяя их логичности или реалистичности. Несомненно, что многие из этих мыслей реалистичны. Однако пациент часто склонен верить в нереалистичные мысли, даже если сделал вывод об их необоснованности при обсуждении с терапевтом. Сколько раз внешний опыт опровергал эти мысли - значения не имеет, они непрерывно возникают у пациента вплоть до его выздоровления.

ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ ИЛИ УБЕЖДЕНИЯ. Автоматические мысли, как отмечалось, возникают на основе предложений или убеждений. Бек называет эти когниции также "правилами". В качестве синонимов он употребляет также такие определения, как "позиции", "идеи", "концепции" и "конструкции".

Некоторые убеждения людей носят дисфункциональный характер. Вот пример позиции, которой придерживаются многие люди:" Я никогда не буду счастливыми, если не стану знаменитым". Люди, которые подчиняются этому правилу, постоянно находятся в действии: стремятся к престижу, популярности, власти. Рабское следование этому правилу служит помехой для других целей, вроде разумной, здоровой, спокойной жизни, сохранения приятных отношений с другими людьми.

Некоторые люди впадают в депрессию, делая акцент на этих правилах. Последовательность такова: сначала человек считает, что не приближается к какой-то призрачной цели, например к славе. Из этого следует ряд выводов: "Раз я не стал знаменитым, значит, потерпел неудачу...я не добился единственной вещи, которая по-настоящему что-то стоит... я неудачник... продолжать бессмысленно. С таким же успехом можно покончить собой." Но если пациент проверит начальную посылку, то заметит, что не принял во внимание другие виды удовлетворения, кроме славы. Он также начнет понимать, насколько он себя повредил, определяя свое счастье на языке славы. Также уязвимы в отношении депрессии и люди, которые определяют свое счастье исключительно в аспекте любви со стороны отдельного человека или группы людей.

Бек перечисляет некоторые из позиций, предрасполагающих человека к чрезмерной печали или депрессии:

1. Для того чтобы быть счастливым, меня должны всегда и все принимать (я должна вызывать любовь и восхищение).

2. Для того чтобы быть счастливым, мне необходимо достигнуть успехов в любом своем предприятии.

3. Если я не на вершине значит, я провалился.

4. Прекрасно быть полулярным, знаменитым, богатым: ужасно быть непопулярным, посредственным.

5. Если я совершаю ошибку, значит, я неспособный человек.

6. Мое значение как человека зависит от того, что другие думают обо мне.

7. Я не могу жить без любви. Если моя жена (возлюбленная, родители, дети) не любят меня, то я ничего не стою.

8. Если кто-то не согласен со мной, то я ничего не стою.

9. Если я не воспользуюсь любой возможностью продвинуться, я об этом пожалею.

Правила (убеждения), подобные перечисленным, с большой вероятностью приведут к страданию. Человек не может всегда вызывать любовь у всех своих знакомых. Уровень любви и приятия испытывает значительные колебания, однако правила сформулированы таким образом, что любое уменьшение любви рассматривается как неприятие.

С приведенными убеждениями связан другой подобный ряд правил, названный Хорни "тиранией долженствования". Понятия "должен" и "не должен" обладают эксплуататорскими свойствами и имеют много общего с концепцией "сверх-Я" у Фрейда. Некоторые распространенные долженствования таковы:

1. Я должен быть самым великим по благородству, достоинству, храбрости, самоотверженности.

2. Я должен быть самым лучшим любовником, другом, родителем, учителем, учеником, супругом.

3. Я должен быть в силах хладнокровно перенести любое испытание.

4. Я должен уметь найти быстрое решение любой проблемы.

5. Я не должен никогда испытывать тревогу; я должен быть всегда счастливым и безмятежным.

6. Я должен все знать, понимать и предвидеть.

7. Я должен всегда быть искренним; я должен всегда управлять своими чувствами.

8. Я должен отстаивать свое достоинства; я никогда не должен причинять вред окружающим.

9. Я никогда не должен уставать или болеть.

10. Я всегда должен быть максимально продуктивным.

ОСНОВНЫЕ СТРАТЕГИИ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Бек формулирует три основные концепции когнитивной терапии: эмпиризм сотрудничества, сократовский диалог и направляемое открытие.

ЭМПИРИЗМ СОТРУДНИЧЕСТВА заключается в том, что терапевт и пациент являются сотрудниками в исследовании факторов, которые подкрепляют или опровергают когниции пациента. Как и при научном исследовании, интерпретации или предположения рассматриваются как гипотезы, нуждающиеся в проверке.

Эмпирические доказательства используются для определения того, служат ли данные когниции какой-либо полезной цели. Исходные умозаключения подвергаются логическому анализу. Мышление, основанное на предубеждениях, становится очевидным для пациента, когда он осознает альтернативные источники информации. Этот процесс является партнерским между пациентом и терапевтом.

СОКРАТОВСКИЙ ДИАЛОГ. Беседа является главным терапевтическим инструментом в когнитивной терапии, при этом широко используется сократовской тип диалога. Терапевт тщательно составляет вопросы для обеспечивания нового научения. Цели этих вопросов сводятся к следующему: а) прояснить или определить проблемы; б) помочь пациенту индентифицировать мысли,образы, предположения; в) изучить значения событий для пациента; г)оценить последствия поддержания неадаптированных мыслей и поведения.

Напомним, что сущность сократовского диалога состоит в том, что пациент приходит к логическим заключениям на основе вопросов, которые ставит терапевт. Вопросы не используются

для того, чтобы поймать пациента в ловушку, подвести его к неизбежному выводу: они ставятся так, чтобы пациент мог посмотреть на свои предположения объективно, не прибегая к защите.

НАПРАВЛЯЕМОЕ (ТЕРАПЕВТОМ) ОТКРЫТИЕ. Посредством направляемого открытия пациент модифицирует неадаптивные убеждения и предположения. Терапевт служит "проводником": он проясняет проблемное поведение и логические ошибки, создавая новый опыт посредством поведенческих экспериментов. Этот опыт ведет к приобретению новых умений и взглядов. С помощью когнитивных и поведенческих методов пациент открывает адаптивные способы мышления и поведения. Пациент научается исправлять ошибочную когнитивную переработку информации, так что в конце концов он становится независимым от терапевта. Направляемое открытие подразумевает, что терапевт не призывает пациента принять новый набор убеждений: терапевт поощряет пациента использовать информацию, факты и возможности для формирования реалистического взгляда.

ЛЕЧЕНИЕ

Когнитивная терапия предназначена для того, чтобы научить пациентов:

а) контролировать дисфункциональные (иррациональные) автоматические мысли;

б) осознавать связи между когнициями, аффектами и поведением;

в) изучать аргументы за и против дисфункциональных автоматических мыслей;

г) заменять дисфункциональные автоматические мысли на более реалистические интерпретации;

д) идентифицировать и изменять убеждения, которые предрасполагают к искажению опыта.

Для решения этих задач в когнитивной терапии используются когнитивные и поведенческие техники.

КОГНИТИВНЫЕ ТЕХНИКИ

Когнитивные техники используются, во-первых, для идентификации автоматических мыслей и анализа логики этих мыслей, во-вторых, для идентификации неадаптивных предположений (убеждений) и исследования их обоснованности.

ЗАПОЛНЕНИЕ ПУСТОТЫ. Для идентификации автоматических мыслей применяется метод под названием "заполнение пустоты". Эта процедура объясняется пациенту с помощью последовательности "А,В,С". "А"- это возбуждающее средство, "С"- это чрезмерная, неадекватная "условная реакция", "В" – это пустота в сознании пациента, которая при заполнении ее самим пациентом служит мостом между "А" и "С". Терапевтической задачей становится заполнение пустоты через элементы системы убеждений пациента. Например, один пациент описал последовательность: "А" - встречу со старым другом и "С" - печаль. Далее пациент сумел постепенно восстановить событие и вспомнить мысли, которые возникли в промежутке. Встреча со старым другом вывела такую цепочку мыслей ("В"):" Если я поздороваюсь с ним, он, возможно, меня не вспомнит...Прошло столько времени, у нас нет ничего общего... Он может осадить меня...Встреча не будет похожа на былое". Эти мысли вызвали чувство печали.

Метод заполнения пустоты может оказать большую помощь пациентам, расстройство у которых выражается в чрезмерном чувстве стыда, тревоги, гнева или печали в межличностных ситуациях. Например, один студент избегал общественных собраний из-за необъяснимого чувства стыда, тревоги и печали. После обучения распознаванию и записи своих когниций, он сообщил, что в социальных ситуациях у него возникают такие мысли: "Никто не захочет со мной разговаривать...все думают, что я выгляжу жалким... я просто не приспособлен к обществу". После этих мыслей у него появились униженность, чувство тревоги и печали и возникло сильное желание убежать.

Когнитивная сфера включает помимо мыслей образы. Некоторым пациентам легче сообщать о живых образах, чем о мыслях. Так часто бывает с тревожными пациентами. В одном исследовании было показано, что 90 % тревожных пациентов сообщали о зрительных образах, предшествующих тревожному эпизоду. Женщина, боявшаяся ходить в одиночестве ,видела картину сердечного приступа, смерти на улице, после чего испытывала острую тревогу. Другая женщина, ощущавшая волну тревоги при переезде через мост, признала, что тревоги предшествовали картинные образы вылетающей за перила машины. Сбор информации об образах, следовательно, является еще одним способом понимания концептуальных систем.

Автоматические мысли проверяются с помощью прямого доказательства или логического анализа. Доказательство можно получить из прошлых или настоящих обстоятельств, но оно должно быть очень близко фактам. Доказательства могут быть также получены из результатов поведенческих экспериментов. Такие эксперименты дают возможность пациенту опровергнуть прежнее убеждение. Например, если человек убежден в том, что не может вступать в контакты с другими людьми, то он может попытаться заговорить с малознакомыми ему людьми. Эмпирическая природа поведенческих экспериментов дает возможность пациентам мыслить более объективно.

Исследование мыслей пациента может вести к когнитивному изменению. Беседа может открыть логическую непоследовательность, противоречивость и другие ошибки в мышлении. Идентификация и категоризация когнитивных искажений сами по себе полезны, так как пациенты обнаруживают ошибки, которые они затем могут исправить.

Когнитивные техники, как уже указывалось, используются также для идентификации и исследования неадаптивных предположений (убеждений),которые обычно намного менее доступны пациентам, чем автоматические мысли. Лишь некоторые пациенты способны сформулировать свои убеждения, большинство же испытывает затруднение. Убеждения служат темами для автоматических мыслей. Терапевт может предложить пациенту извлечь правила, лежащие в основе его автоматических мыслей. Терапевт может также сделать гипотезу на основании этих данных и представить свои предположения пациенту для подтверждения. Пациенты имеют право не соглашаться с терапевтом и находить более точные формулировки своих убеждений.

Если предположения (убеждение) идентифицировано, то оно открыто для модификации. Это осуществляется несколькими способами: а) спросить у пациента, является ли убеждение разумным; б)попросить пациента привести доводы за и против сохранения этого убеждения; в) предоставить доказательства, факты, противоречащие этому убеждению, то есть опровергнуть его.

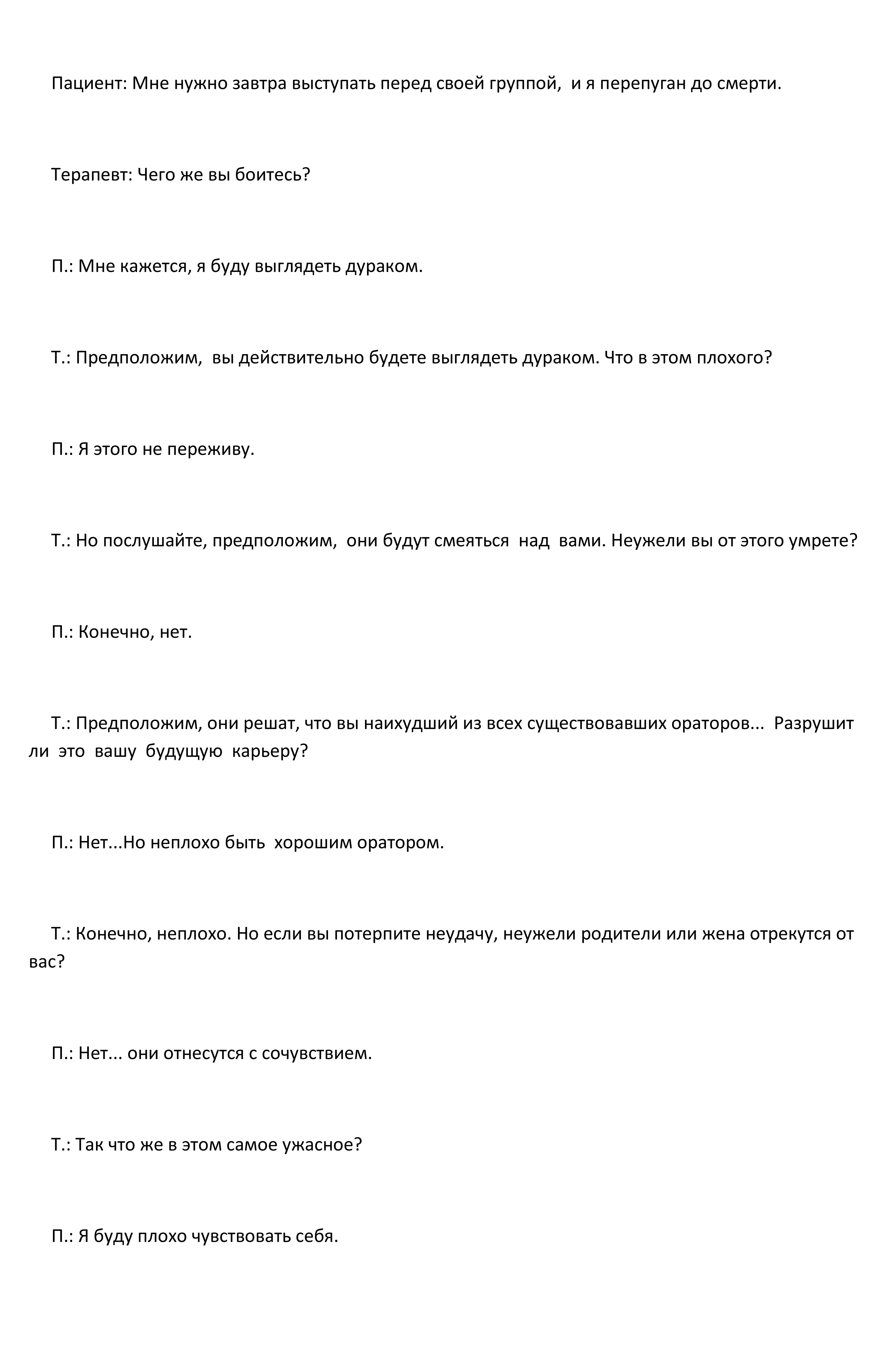
СПЕЦИФИЧЕСКИЕ КОГНИТИВНЫЕ ТЕХНИКИ включают декатастрофизацию, реатрибуцию, переформулирование и децентрализацию.

ДЕКАТАСТРОФИЗАЦИЯ. Мы уже говорили, что катастрофизация - это преувеличение последствий негативных событий. Большинство проблем у пациентов возникает в контексте межличностных отношений. Наиболее распространенным предубеждением тревожных людей является следующее: "Ужасно, если кто-то будет плохого мнения обо мне". Пациенты обычно больше всего боятся низкой оценки со стороны сверстников, соучеников, сотрудников или друзей. Однако многие пациенты еще больше боятся перспективы показаться смешными незнакомым людям. Они с тревогой предчувствуют реакции со стороны продавца в магазине, официантов, таксистов, пассажиров автобуса или прохожих на улице.

Человека может страшить ситуация, при которой он окажется, по его мнению, уязвимым перед критикой других людей. Он чувствителен к ситуациям, в которых способен проявить некую слабость или совершить промах. Он часто боится неодобрения за то, что не похож на других. У пациента существует смутное представления о том, что отрицание или критика каким-то образом наносят ущерб его "Я-образу".

Декатастрофизация - или, как ее еще называют, техника "что если"- предназначена для исследования действительных, фактических событий и последствий, которые в представлении пациента наносят ему психологический ущерб и вызывают чувство тревоги. Эта техника помогает пациентам подготовиться к последствиям, сопряженным со страхом. Она полезна для уменьшения избегания.

Бек приводит следующий пример использования "декатастрофизации" у студента, который становился заторможенным в различных ситуациях, требующих отстаивания своего "Я": Например, спросить дорогу у незнакомого человека, проверить кассовый дубликат своего счета, отказаться от чьей-либо просьбы, попросить кого-либо об одолжении, выступить перед аудиторией.



Пациент: Мне нужно завтра выступать перед своей группой, и я перепуган до смерти.

Терапевт: Чего же вы боитесь?

П.: Мне кажется, я буду выглядеть дураком.

Т.: Предположим, вы действительно будете выглядеть дураком. Что в этом плохого?

П.: Я этого не переживу.

Т.: Но послушайте, предположим, они будут смеяться над вами. Неужели вы от этого умрете?

П.: Конечно, нет.

Т.: Предположим, они решат, что вы наихудший из всех существовавших ораторов... Разрушит ли это вашу будущую карьеру?

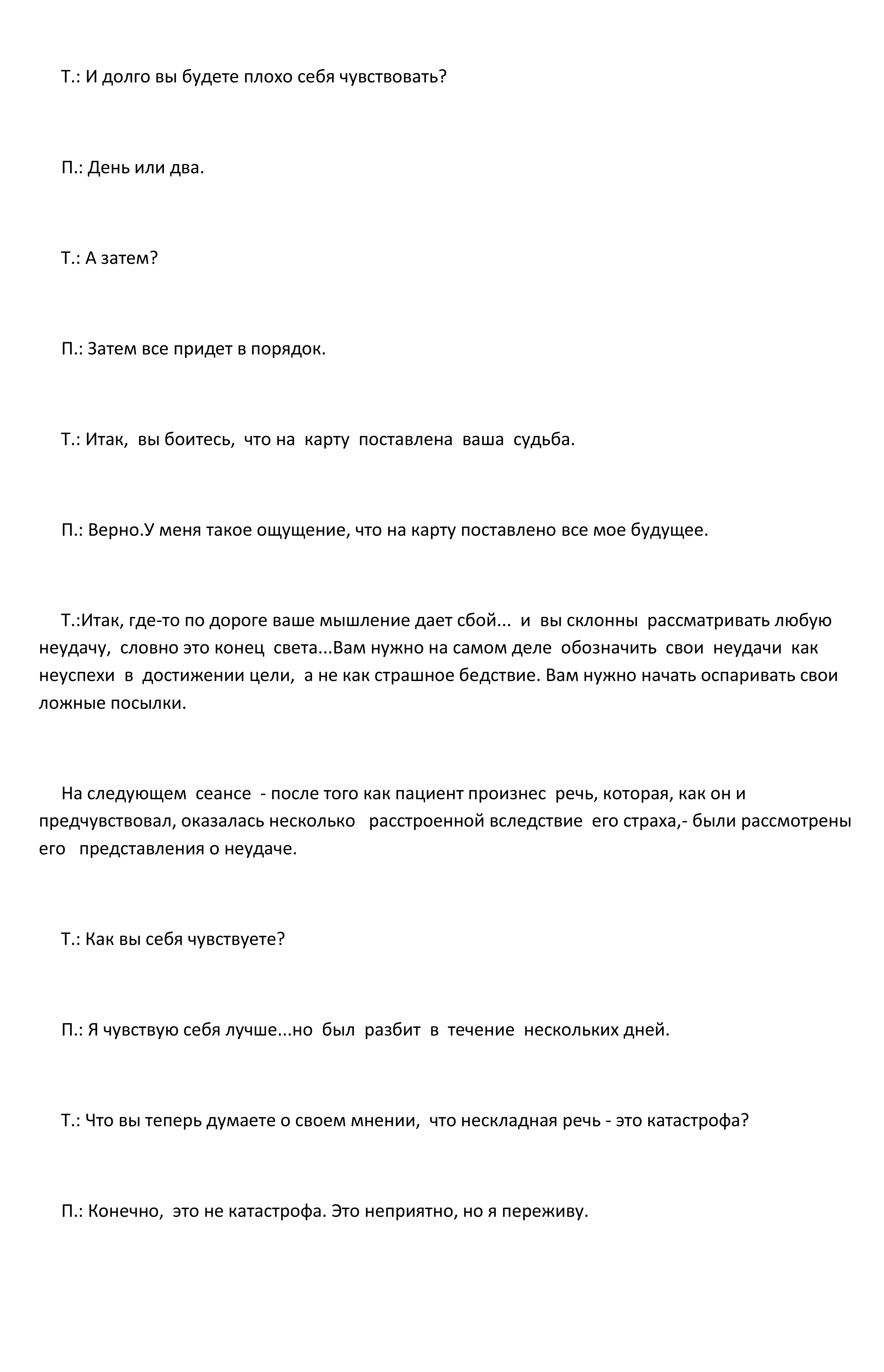
П.: Нет...Но неплохо быть хорошим оратором.

Т.: Конечно, неплохо. Но если вы потерпите неудачу, неужели родители или жена отрекутся от вас?

П.: Нет... они отнесутся с сочувствием.

Т.: Так что же в этом самое ужасное?

П.: Я буду плохо чувствовать себя.



Т.: И долго вы будете плохо себя чувствовать?

П.: День или два.

Т.: А затем?

П.: Затем все придет в порядок.

Т.: Итак, вы боитесь, что на карту поставлена ваша судьба.

П.: Верно.У меня такое ощущение, что на карту поставлено все мое будущее.

Т.:Итак, где-то по дороге ваше мышление дает сбой... и вы склонны рассматривать любую неудачу, словно это конец света...Вам нужно на самом деле обозначить свои неудачи как неуспехи в достижении цели, а не как страшное бедствие. Вам нужно начать оспаривать свои ложные посылки.

На следующем сеансе - после того как пациент произнес речь, которая, как он и предчувствовал, оказалась несколько расстроенной вследствие его страха,- были рассмотрены его представления о неудаче.

Т.: Как вы себя чувствуете?

П.: Я чувствую себя лучше...но был разбит в течение нескольких дней.

Т.: Что вы теперь думаете о своем мнении, что нескладная речь - это катастрофа?

П.: Конечно, это не катастрофа. Это неприятно, но я переживу.

Далее была проведена работа с пациентом по изменению его представления о неудаче как катастрофе. Перед следующим выступлением через неделю у него было гораздо меньше тревожных предчувствий, и во время выступления он ощущал меньший дискомфорт. На очередном сеансе пациент полностью согласился с тем, что придавал слишком большое значение реакциям своих товарищей. Произошел следующий разговор.

П.: Во время последнего выступления я чувствовал себя гораздо лучше...Мне кажется, это дело опыта.

Т.: Возник ли у вас хоть какой-то проблеск осознания того, что чаще всего не так уж важно, что люди думают о вас?

П.: Если я собираюсь стать врачом, мне необходимо проводить хорошее впечатление на своих пациентов.

Т.: Плохой врач или хороший, зависит от того, насколько хорошо вы диагностируете и лечите своих пациентов, а не от того, насколько успещно вы выступаете перед публикой.

П.: Ладно...я знаю, что с пациентами у меня все в порядке, и мне кажется, что именно это главное.

Заключительная часть лечения была посвящена рассмотрению тех неадаптивных убеждений пациента, которые вызывали дискомфорт в других ситуациях. Пациент сообщил о новой позиции, к которой пришел:" Я теперь вижу, насколько смешно тревожиться по поводу реакции совершенно незнакомых людей. Я никогда их больше не увижу. Поэтому какая разница, что они обо мне подумают?"

РЕАТРИБУЦИЯ. Это техники, которые проверяют правильность автоматических мыслей и убеждений, рассматривая альтернативные причины событий. Реатрибуция особенно полезна в тех случаях, когда пациенты воспринимают себя как причину событий (явление персонализации) или при отсутствии доказательств приписывают причину события другому человеку или какому-

то единственному фактору. Техники реатрибуции предполагают проверку реальности и исследование всех факторов, которые повлияли на возникновение ситуации.

ПЕРЕФОРМУЛИРОВАНИЕ. Эта техника предназначена для мобилизации человека, который считает, что проблема не контролируется им. Например, одинокому человеку, который думает:" Никто не обращает на меня внимания", рекомендуется по-новому сформулировать проблему: "Мне нужно протянуть руку другим людям, чтобы обо мне позаботились". При формулировании проблемы по-новому необходимо предусмотреть, чтобы она получила более конкретное и специфическое звучание: кроме того, она должна быть обозначена с точки зрения поведения пациента.

ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ. При различных психологических расстройствах - тревоге, депрессии, параноидных состояниях - главное искажение мышления проистекает из склонности пациента персонифицировать события, которые не имеют к нему отношения. Метод освобождения пациента от свойства видеть в себе точку сосредоточения всех событий называется децентрализацией. Для проверки искаженных убеждений пациентов предлагаются поведенческие эксперименты. Например, один студент, который предпочитал молчать на занятиях, считал, что его товарищи постоянно наблюдают за ним и замечают его тревогу. Ему было предложено понаблюдать за ними, вместо того чтобы сосредоточиваться на своем дискомфорте. Когда он увидел, что одни студенты конструктируют, другие слушают профессора, а третьи мечтают, то пришел к выводу, что его товарищи озабочены другими делами.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ

Когнитивная терапия использует поведенческие техники для модификации автоматических мыслей и предположений (убеждений). Она прибегает к поведенческим экспериментам, предназначенным для опровержения специфических неадаптивных убеждений и обеспечения нового научения. В поведенческом эксперименте пациент перед его началом предсказывает результат, основанный на автоматических мыслях, а затем выполняет заранее согласованное с терапевтом поведение и, наконец, оценивает результат в свете нового опыта.

Поведенческие техники используются также для расширения репертуара поведенческих реакций пациента (тренинг умений); для расслабления (прогрессивная релаксация); для стимуляции активности (планирование деятельности); для подготовки пациента к ситуациям, вызывающим тревогу (поведенческая репетиция); для предъявления стимулов, вызывающих страх (экспозиционная терапия).

Так как поведенческие техники используются для когнитивного изменения, очень важно знать восприятие пациента, его мысли и выводы после каждого поведенческого эксперимента.

ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ дает пациентам возможность применять когнитивные принципы между занятиями. Типичное домашнее задание состоит в самонаблюдении и самоконтроле, в эффективном структуировании времени и выполнении процедур, относящихся к специфическим ситуациям. Самоконтроль применяется к автоматическим мыслям пациента и к его реакциям в различных ситуациях. Дома практикуются также новые когнитивные навыки, такие, как умение опровергать автоматические мысли.

ПРОВЕРКА ГИПОТЕЗЫ. Эта техника имеет и когнитивный, и поведенческий компоненты. При создании гипотезы необходимо сделать ее специфической и конкретной. Нельзя пользоваться обобщающими ярлыками, неясными терминами и неопределенными понятиями. Например, пациент настаивал на том, что он плохой врач. Терапевт попросил перечислить аргументы в пользу такого заключения. При перечислении пациент не учел такие факторы, как раппорт с пациентами и способность принимать решения в ситуации цейтнота. Эти критерии были добавлены терапевтом. Затем пациенту было предложено контролировать свое поведение и попросить обратную связь от своих коллег и супервизоров для проверки своей гипотезы. В результате он пришел к выводу, что он "все-таки хороший доктор".

РЕПЕТИЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ И РОЛЕВАЯ ИГРА используются для тренировки умений или техник, которые позднее будут применяться in vivo. В тренинге умений используется также моделирование. Часто ролевая игра записывается на видеомагнитофон, чтобы иметь объективный источник информации для оценки исполнения.

ТЕХНИКИ ОТВЛЕЧЕНИЯ ВНИМАНИЯ предназначены для уменьшения сильных эмоций и негативного мышления. Сюда входит физическая деятельность, социальные контакты, работа, игра.

ЗАДАНИЯ С ПОСТЕПЕННЫМ УСЛОЖНЕНИЕМ ЗАДАЧИ. Эта техника предусматривает начальную деятельность на безопасном уровне, постепенно терапевт увеличивает трудность задач. Например: пациент, испытывающий трудности в общении, может начать взаимодействие с каким-либо одним человеком или с маленькой группой знакомых, или может общаться с людьми на

протяжении короткого периода времени. Затем, шаг за шагом, пациент увеличивает время, которое он проводит с другими.

ЭКСПОЗИЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ дает информацию о мыслях, образах, психологических симптомах и уровне напряжения, испытываемых тревожным пациентом. Специфические мысли и образы могут быть исследованы на искажения, после чего пациентов можно научить специфическим копинг-умениям.

ПЛАНИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. Эта процедура сводится к выполнению распорядка дня и оценке исполнения той или иной деятельности (используя шкалу от 0 до 10) и степени удовлетворения от этой деятельности. Планирование деятельности приводит, например, к тому, что пациенты, прежде считающие, что их депрессия держится на постоянном уровне, видят колебания настроения; пациенты, которые считают, что не могут выполнить или получить удовлетворение от какой-либо деятельности, убеждаются в противном; пациенты, которые считают, что они не активны из-за присущего им дефекта видят, что деятельность можно планировать и что она обладает подкрепляющим эффектом.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

Бек и его сотрудники разработали несколько диагностических тестов для измерения уровня депрессии и склонности к суицидальному поведению, наиболее известными из которых являются следующие: 1) шкала депрессии Бека (Beck Depression,1961); 2) шкала суицидального мышления (Scale for Suicide Ideation, 1979); 3) шкала суицидального намерения (Suicide Intent Scale, 1974); 4) шкала безнадежности (Hopelessness Scale, 1974). Самым известным тестом из перечисленных является "шкала депрессии Бека", которая широко применяется психологами, врачами и социальными работниками для выявления депрессии у пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Когнитивная терапия является подходом, центрированным на настоящем. Она директивна, активна, ориентирована на проблему.

Первоначально когнитивная терапия использовалась в индивидуальной форме, теперь она используется в семейной терапии и терапии супружеских пар, а также в групповой форме. Она может применяться в сочетании с фармакотерапией в амбулаторных и стационарных условиях.

Когнитивная терапия широко используется для лечения эмоциональных расстройств и униполярной депрессии. Исследования по сравнению эффективности когнитивной терапии и терапии антидепрессантами показали, что когнитивная терапия имеет лучшие или такие же результаты, как терапия антидепрессантами. Катамнестические исследования длительностью от трех месяцев до двух лет показали, что отдельные результаты лечения лучше при когнитивной терапии, чем при фармакологическом лечении.

Когнитивная терапия является терапией выбора в тех случаях, когда пациент отказывается от лекарств и предпочитает психологическое лечение. Она является терапией выбора также в тех случаях, когда у пациента имеются побочные эффекты от антидепрессантов или когда у больного обнаруживается резистентность к лечению антидепрессантами.

Когнитивная терапия не рекомендуется как единственное средство при лечении биполярных аффективных расстройств или психотической депрессии. Она также не применяется как единственная терапия при лечении шизофрении и других психозов.

ТАКТИКА КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Процесс психотерапии, по A.Bleck и M.Weishaar (1989), проходит в три этапа: начальные занятия; средние и поздние занятия; окончание лечения.

НАЧАЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ. На первом сеансе терапевт стремится установить отношения с пациентом, получить существенную

информацию, вызвать облегчение симптома. Для установления отношения с пациентом можно начать с вопросов о том, что он чувствует и что думает о начале терапии. Такое обсуждение раскрепощает пациента, а терапевту дает информацию об ожиданиях пациента. Терапевт использует первые сеансы также для того, чтобы приобщить пациента к когнитивной терапии, установить дух сотрудничества и развеять неправильные представления о терапии. Информация, которую стремится получить терапевт в начале терапии, касается диагноза, истории жизни пациента, его актуальной ситуации, психологических проблем, его мотивации и отношения к лечению.

Идентификация проблемы и облегчение симптома начинается на первом занятии. Хотя идентификация проблемы может продолжаться в течении нескольких занятий, важно уже на первом сеансе обеспечить быстрое облегчение состояния пациента. Например, суицидальный пациент требует прямого вмешательства, чтобы немедленно разрушить его убеждение в безнадежности. Облегчение симптома достигается, во-первых, решением специфической проблемы, во-вторых, прояснением неясных и общих жалоб путем формулирования конкретных целей терапевтической работы, в-третьих, предоставлением пациенту объективных сведений о его болезни (например, пациент узнает, что его симптомы являются проявлением тревоги, а не какого-либо органического заболевания или что трудность сосредоточения является симптомом депрессии, а не признаком мозгового заболевания).

Идентификация проблемы основывается на функциональном и когнитивном анализе. Функциональный анализ определяет элементы проблемы: как она началась; ситуации, в которых она возникает; ее частота, интенсивность, продолжительность; к каким последствиям она приводит. Когнитивный анализ проблемы определяет мысли и образы, которые приводят в движение те или иные эмоции. Он также включает оценку степени контроля пациентом своих мыслей и образов, в частности выясняется, что, по представлению пациента, может произойти с ситуации стресса, и обсуждается вероятность такого результата на самом деле.

На начальных занятиях когнитивный терапевт играет более активную роль, чем пациент. Терапевт собирает информацию, концептуализирует проблемы пациента, приобщает пациента к когнитивной терапии, активно вмешивается для облегчения симптома. На первом же занятии пациент получает домашнее задание.

Домашнее задание на этой ранней стадии лечения обычно заключается в распознавании связи между аффектом и поведением. Пациентов просят также записывать свои автоматические мысли во время стресса. Таким образом, пациент с самого начала тренируется в самоконтроле мыслей и поведения. На более поздних занятиях постепенно усиливается активная роль пациента в определении домашнего задания. Домашние задания сосредоточиваются теперь на проверке специфических предположений (убеждений) пациента.

На протяжении первых занятий список проблем расширяется. Он может включать специфические симптомы, поведенческие акты или глобальные проблемы. Эти проблемы служат мишенями для вмешательства.

Если терапевт помогает пациенту решить какую-нибудь проблему уже на ранних этапах лечения, то этот успех может мотивировать пациента к дальнейшим изменениям. При решении каждой конкретной проблемы терапевт применяет соответствующую когнитивную или поведенческую технику и объясняет пациенту ее значение. Терапевт выясняет также реакции пациента на различные техники, чтобы проверить, правильно ли они применяются, эффективны ли они и как их можно использовать в домашних заданиях или проверить их действенность в реальной жизни.

СРЕДНИЕ И ПОЗДНИЕ ЗАНЯТИЯ. По мере продвижения терапии акценты смещаются с симптомов пациента на стереотипы его мышления. Посредством исследования автоматических мыслей демонстрируется связь между мыслями, эмоциями и поведением. Если пациенту удается опровергнуть автоматические мысли, нарушающие его функционирование, то он может перейти к рассмотрению лежащих в основе этих мыслей предположений (убеждений).

На поздних занятиях большой акцент делается на когнитивных, чем на поведенческих техниках, которые сосредоточиваются на сложных проблемах, в основе которых лежит несколько дисфункциональных мыслей. Часто эти мысли легче опровергнуть с помощью логического анализа, чем поведенческого эксперимента. Например, убеждение "я никогда не получу в жизни того, чего хочу" непросто проверить. Однако можно усомниться в логичности такого обобщения и оценить все за и против его сохранения.

Такие предположения, часто не доступные осознанию, являются темами для автоматических мыслей. Наблюдая за автоматическими мыслями в течение временим и в различных ситуациях, можно обнаружить или логически вывести лежащие в их основе убеждения. После того как эти убеждения опознаны, терапия стремится модифицировать их, исследуя их обоснованность, адаптивность и полезность для пациента.

На поздних занятиях пациент принимает больше ответственности за идентификацию проблем и их решение. По мере того, как пациент становится более способным в использовании когнитивных техник для решения проблем, терапевт начинает играть скорее роль консультанта, чем учителя. Частота занятий снижается, так как пациент становится более самоуверенным. Терапия заканчивается. Когда цели достигнуты и пациент чувствует, что способен на практике применять новые взгляды и навыки.

ОКОНЧАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ. Продолжительность лечения зависит от тяжести проблемы пациента. Обычная продолжительность при униполярной депрессии от 15 до 25 занятий один раз в неделю. В случаях более тяжелой депрессии рекомендуется два занятия в неделю в течение 4-5 недель и затем 10-15 занятий один раз в неделю. Большинство случаев тревожных состояний лечится в такие же сроки. Некоторые пациенты, освободившись от симптома, бросают терапию, не доведя ее до конца. В этих случаях происходят небольшие структурные изменения, и проблемы могут возникнуть вновь.

Когнитивная терапия сосредоточена на настоящем и лимитирована во время, поэтому нет проблем с ее окончанием. По мере того как пациент обретает опору в самом себе, решая все более трудные задачи и овладевая умениями опровергать искаженные мысли, терапия становится менее частой.

Окончание лечения планируется. Пациентам говорят, что цель терапии состоит в том, чтобы научить их стать терапевтами для самих себя. В списке ясно указывается, что необходимо выполнить в процессе терапии. Продвижение к цели по этому списку оценивается с помощью поведенческого наблюдения, самоконтроля, самоотчетов и иногда тестирования (например, применения депрессивной шкалы Бека).

У некоторых пациентов возникает опасение возможного рецидива. Переживания этих пациентов могут включать когнитивные искажения, также, как дихотомическое мышление ("Я или болен, или вылечился на сто процентов"), или отрицательные прогнозы ("У меня опять будет депрессия, и я не смогу помочь себе"). В таких случаях надо еще раз вернуться к цели терапии: научить пациента более эффективно справляться с проблемами, а не "лечить" или реструктурировать ядро личности (Beck, Rush,et al.,1979).Во время терапии пациент должен быть подготовлен к возможности рецидива депрессии, чтобы у него был выработан реалистический взгляд на прогноз.

В течение курса терапии пациент переживает не только успехи, но и неудачи. Переживание неудач дает ему возможность преодолевать их с помощью новых умений. При приблежении окончания терапии надо напомнить пациенту, что неудачи - явление нормальное и что он справлялся с ними в процессе терапии. Терапевт может попросить пациента описать, как он решал свои специфические проблемы во время терапии. Терапевт может применить перед

окончанием лечения "когнитивную репетицию", попросив пациента вообразить, какие трудности его ожидают и как он будет преодолевать их.

После окончания терапии обычно через один-два месяца устраиваются одна или две поддерживающие встречи с пациентами. Такие занятия подкрепляют цели и помогают пациентам применять новые умения.

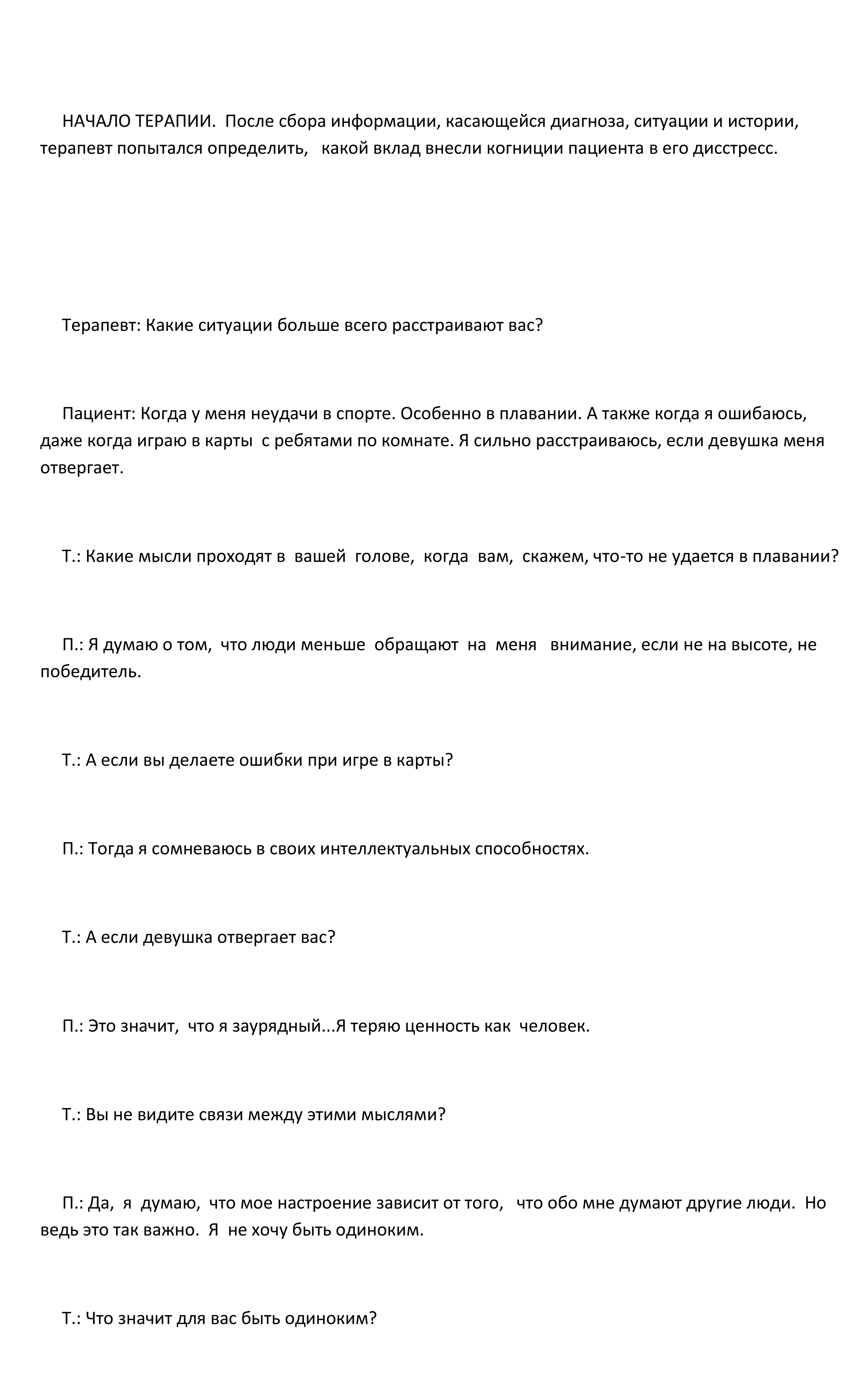
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.

Этот случай, заимствованный у A.Beck & M.Weishaar (1989), показывает использование и поведенческих , и когнитивных техник при лечении пациента с тревожным расстройством.

ПРЕДСТАЛЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ. Пациент, 21-летний студент колледжа, жаловался на трудное засыпание и частные пробуждения, заикание, дрожь в теле, чувство нервозности, головокружение и беспокойство. Проблемы со сном становились особенно острыми перед экзаменами или спортивными соревнованиями. Свои речевые проблемы он объяснил тем, что ему трудно подобрать "нужное слово".

Пациент рос в семье, в которой ценили конкуренцию. Родители поощряли соперничество у пациента и его сиблингах. Так как он был старшим ребенком, от него ожидали побед во всех соревнованиях. Родители считали, что дети должны превзойти их в достижениях и успехе. Они так сильно отождествлялись с достижениями сына, что он считал: "Мои успехи - это их успех".

Родители поощряли конкуренцию и с детьми за пределами семьи. Отец напоминал ему:" Никому не позволяй быть лучше себя". В результате того, что он видел в сверстниках своих соперников, у него не было друзей. Чувствуя одиночество ,он отчаянно пытался привлечь друзей всякими проказами и небылицами, чтобы возвеличить свой образ и сделать свою семью более привлекательной. Хотя у него были знакомые в колледже, друзей было мало, так как он не мог раскрыть себя, боясь, что другие обнаружат, что он не такой, каким хотел бы быть.



НАЧАЛО ТЕРАПИИ. После сбора информации, касающейся диагноза, ситуации и истории, терапевт попытался определить, какой вклад внесли когниции пациента в его дисстресс.

Терапевт: Какие ситуации больше всего расстраивают вас?

Пациент: Когда у меня неудачи в спорте. Особенно в плавании. А также когда я ошибаюсь, даже когда играю в карты с ребятами по комнате. Я сильно расстраиваюсь, если девушка меня отвергает.

Т.: Какие мысли проходят в вашей голове, когда вам, скажем, что-то не удается в плавании?

П.: Я думаю о том, что люди меньше обращают на меня внимание, если не на высоте, не победитель.

Т.: А если вы делаете ошибки при игре в карты?

П.: Тогда я сомневаюсь в своих интеллектуальных способностях.

Т.: А если девушка отвергает вас?

П.: Это значит, что я заурядный...Я теряю ценность как человек.

Т.: Вы не видите связи между этими мыслями?

П.: Да, я думаю, что мое настроение зависит от того, что обо мне думают другие люди. Но ведь это так важно. Я не хочу быть одиноким.

Т.: Что значит для вас быть одиноким?

П.: Это значит, что со мной что-то не в порядке, что я неудачник.

В этом месте терапевт начинает строить гипотезу об убеждениях пациента: его ценность определяется другими, он непривлекателен, потому что ему присуще нечто неполноценное, он неудачник. Терапевт ищет доказательства того, что эти убеждения являются центральными, но при этом остается открытым для других идей.

Терапевт помогает пациенту в составлении списка целей терапии, который включает: 1) уменьшение перфекционизма; 2) снижение уровня тревоги; 3) улучшение сна; 4) усиление близости в дружбе; 5) развитие своих собственных ценностей, независимых от родительских. Первой для решения была взята проблема тревоги. Предстоящий экзамен был выбран в качестве ситуации-мишени. Пациент учил к экзамену намного больше того, что требовалось, ложился спать изможденный, с трудом засыпал, просыпался среди ночи, думая об предстоящем экзамене и его возможных последствиях, утром шел на экзамен истощенным. Чтобы уменьшить мысленную жвачку об экзамене, терапевт попросил пациента перечислить выгоды от нее.

П.: Ну,если не буду думать об экзамене, я могу что-нибудь забыть. Если же я буду постоянно думать, то лучше подготовлюсь.

Т.: У вас когда-нибудь была ситуация, когда вы были "хуже подготовлены"?

П.: Не на экзамене, но однажды я принимал участие в больших соревнованиях по плаванию и накануне вечером был с друзьями и не думал. Я вернулся домой, лег спать, а утром встал и пошел плавать.

Т.: Ну и как получилось?

П.: Прекрасно! Я был в форме и проплыл довольно хорошо.

Т.: Основываясь на этом опыте, не считаете ли вы что есть основания меньше беспокоиться о своем исполнении?

П.: Да, наверно. Мне не повредило то, что я не беспокоился. На самом деле мое беспокойство только расстраивает меня.

Благодаря собственному разумному объяснению пациент сумел отказаться от постоянного перемалывания мыслей об исполнении. Затем он был готов отказаться от своего неадаптивного поведения и рискнуть попробовать что-то новое. Терапевт обучил пациента прогрессивной релаксации, и пациент начал пользоваться ею для уменьшения тревоги.

Пациенту было также объяснено, что когниции влияют на поведение и настроение. Подхватив утверждение пациента о том, что беспокойство может расстраивать, терапевт продолжает:

Т.: Вы упомянули, что когда вы беспокоитесь об экзаменах, то испытываете тревогу. Попытайтесь теперь вообразить, что вы лежите в постели ночью перед экзаменом.

П.: Хорошо, я готов.

Т.: Представьте, что вы думаете об экзамене и решаете, что недостаточно подготовились.

П.: Да, представил.

Т.: Что вы чувствуете?

П.: Я чувствую нервозность. Мое сердце начинает колотиться. Думаю, что мне надо встать и позаниматься еще.

Т.: Хорошо. Когда вы думаете, что не подготовлены, у вас возникает тревога и вам хочется встать. Теперь представьте, что вы в постели накануне экзамена и думаете о том, как вы хорошо подготовились и знаете материал.

П.: О`кей. Теперь я чувствую себя уверенно.

Т.: Вот! Видите теперь, как ваши мысли влияют на чувства тревоги?

Пациенту было предложено записывать автоматические мысли, распознавать когнитивные искажения и отвечать на них. В качестве домашнего задания его попросили записывать автоматические мысли, если он с трудом засыпал перед экзаменом. Одна из автоматических мыслей была: "Наверно, я опять буду думать об экзамене". Его ответ был: "Сейчас мысли об экзамене уже не имеют никакого значения. Я подготовился". Другая мысль была:" Мне надо уснуть сейчас! Мне надо спать восемь часов!" и ответ:" Я оставил время про запас, так что у меня оно есть. Сон не так уж важен, чтобы беспокоиться о нем". Он сумел переключить свое внимание и мысли на позитивный образ: он представил себя плывущим в чистой голубой воде.

Наблюдая свои автоматические мысли в различных ситуациях (академических, спортивных, социальных), пациент научился опознавать дихотомическое мышление ("Со щитом или на щите") как частое когнитивное искажение. При работе с дихотомическим мышлением две техники помогли пациенту: трансформация ("рефрейминг") проблемы и создание континуума между дихотомическими категориями. Проблема пациента была трансформирована следующим образом.

Т.: Если кто-то игнорирует вас, могут ли здесь быть другие причины кроме той, что вы - неудачник?

П.: Нет. Если я не смогу убедить их, что я значителен, я не смогу привлечь их.

Т.: Как вы убеждаете их в этом?

П.: Если сказать правду, то я преувеличиваю свои успехи. Я привираю о своих оценках в классе или говорю, что победил в соревновании.

Т.: И как это срабатывает?

П.: На самом деле не очень хорошо. Мне неловко, и они смущены моими рассказами. Иногда они не обращают особого внимания, иногда же отходят от меня после того, как я наговорю о себе слишком много.

Т.: Значит, в некоторых случаях они отвергают вас, когда вы привлекаете их внимание к себе?

П.: Да.

Т.: Это как-то связано с тем, победитель вы или неудачник?

П.: Нет, они даже не знают, кто я внутри. Они просто отворачиваются, потому что я говорю слишком много.

Т.: Да. Получается, что они реагируют на ваш стиль разговора.

Терапевт переводит проблему с ситуации, в которой пациент обнаруживает свою неполноценность, на ситуацию, характеризующуюся проблемой социальных умений. (На входе: "Меня игнорируют, потому что я неудачник"; на выходе: "Меня игнорируют, потому что моя манера общения не устраивает людей"). Более того, тема "Я неудачник" оказалась столь актуальной для пациента, что он называет ее "главным убеждением". Это предположение можно проследить исторически и найти его корни в постоянной критике родителями его ошибок и недостатков. Анализируя свою историю, он смог увидеть, что его ложь мешала людям сближаться с ним, и тем самым подкреплялось его убеждение в том, что они не хотят дружить с

ним. Кроме того, он считал, что всем своим успехам он обязан родителям и ни одно достижение не было только его достижением. Это злило его и приводило к недостатку   самоуверенности.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ЛЕЧЕНИЕ. По мере продвижения терапии домашние задания сосредоточились на социальном взаимодействии. Он учился начинать разговор и задавать вопросы, чтобы больше узнать о других людях. Он также учился "прикусывать   язык", когда возникало желание приукрасить себя. Он учился   контролировать реакции окружающих к себе и обнаружил, что   они хоть и различны, но в целом позитивны. Слушая других,   он заметил, что восхищается людьми, которые открыто призывают свои недостатки и высмеивают свои ощибки. Этот опыт   помог ему понять, что быссмысленно делить людей, включая его самого, на победителей и неудачников.

На последних занятиях пациент высказал убеждение, что   его поведение отражается на его родителях и наоборот. Он   сказал:" Если они выглядят хорошо, то это что-то говорит   обо мне, и если я выгляжу хорошо, то это делает им честь". В одном задании ему было предложено перечислить способы,   которыми он отличается от родителей. Он отмечал, что "сознание, что мои родители и я отдельны, приводит меня к   осознанию того, что я могу прекратить лгать". Осознание   того, что он отличается от родителей, освободило его от их   абсолютистских стандартов и позволило ему стать менее застенчивым при взаимодействии с другими.

В результате терапии у пациента появились интересы и   увлечения, не имеющие отношения к достижениям. Он начал   ставить умеренные и реалистические цели в образовании и   стал встречаться с девушкой.

ЛЕКЦИЯ ШЕСТАЯ Лекция 8

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Создателем патогенетической психотерапии является выдающийся русский психиатр и психолог Владимир Николаевич Мясищев (1893-1973). Свой метод он развил на основе разработанной им концепции психологии личности. В государственном архиве сохранился фундаментальный доклад В.Н.Мясищева "Проблемы личности в психологии и психопатологии", с которым он выступил в июне 1935 года. Автор подчеркивал: "Личность человека рассматривается и характеризуется нами в первую очередь с точки зрения ее сознательных отношений к окружающей действительности, в отличие от обычного понимания, рассматривающего ее как систему функций". (цит. по Л.И. Вассерман, В.А.Журавлев,1994,с.19). Таким образом, к середине 30-х годов В.Н.Мясищевым была сформулирована собственная концепция психологии личности и методов ее изучения и воздействия на нее в целях лечения или воспитания. Концепция невроза и патогенетической психотерапии были изложены В.Н.Мясищевым в двух статьях того же времени: "О патогенезе и структуре невроза" (Труды Всеукр.съезда психоневрологов,1934) и "О генетическом понимании психоневрозов" (Советская невропсихиатрия,т.2, 1939).

В развитии патогенетической психотерапии можно выделить три этапа. Первый этап связан с деятельностью самого В.А. Мясищева, его учеников и последователей (Р.Я.Зачепицкий, Б.Д.Карвасарский, В.К.Мягер, Е.Е.Плотникова, В.Д.Столбун, А.Я.Страумит, Е.К.Яковлева и др.) и характеризуется разработкой модели индивидуальной патогенетической психотерапии. Второй этап (70-80-е годы) - развитие модели групповой патогенетической психотерапии - связан с деятельностью Б.Д.Карвасарского и руководимого им коллектива (Г.Л.Исурина, Е.В.Кайдановская, В.А.Мурзенко, В.К.Мягер, В.А.Ташлыков и др.).Наконец, третий, современный этап (90-е годы), ознаменован попытками создания интегративной модели патогенетической психотерапии; работы в этом направлении также выполняются коллективом психотерапевтов и медицинских психологов, возглавляемым Б.Д.Карвасарским (А.А.Александров, Л.М.Кульгавин, В.А.Ташлыков, А.П.Федоров, Э.Г.Эйдемиллер, А.М. Ялов и др).

Другим названием патогенетической психотерапии является "личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия". В этом новом названии, предложенном Б.Д.Карвасарским (1985), отражается цель патогенетической психотерапии, подчеркивается ее ориентация на личностное изменение, реконструкцию нарушенной системы отношений. Старое же название - патогенетическая психотерапия" - все более употребляется теперь в историческом контексте и привязывается к первому этапу ее развития.

ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ В.Н.МЯСИЩЕВА

Владимир Николаевич Мясищев родился в городе Фридрихштадте (Лифляндская губерния России) в семье юриста, выпускника Императоского Харьковского университета, долгое время работавшего в Лифляндии мировым судьей. Мать В.Н.Мясищева была дочерью врача. В.Н.Мясищев рано потерял отца, и семье пришлось переехать в г.Николаев, где он и окончил Александровское реальное училище в 1912 году. Разносторонне одаренный юноша поначалу стремился к музыкальной карьере, но травма руки, полученная при падении с лошади, помешала осуществить желаемое. В 1912 году он поступает на медицинский факультет С.-Петербургского психоневрологического института, на первом курсе которого увлекается лекциями и семинарами профессора психологии, доктора медицины, выдающегося русского психолога А.Ф.Лазурского. В 1914 году появилась первая научная работа В.Н.Мясищева - "научно-характерологический анализ литературных типов" (по трилогии Л.Н.Толстого "Детство, отрочество, юность"). Психоневрологический институт В.Н.Мясищев закончил в 1919 году, ибо ему, ввиду денежных затруднений, приходилось работать, прерывая учебу. В.Н.Мясищев не без гордости писал, что в 1919 году "по предложению академика В.М.Бехтерева, который меня знал по студенческой работе, я приехал в Петроград и был зачислен по окончании института и.о. ординатора на кафедру психиатрии". (цит, по А.М.Шерешевскому,1994). Работая на этой кафедре, Мясищев одновременно являлся врачом-интерном Воспитательно-клинического института для нервнобольных детей, которым руководил В.М.Бехтерев.

В 1921 году В.Н.Мясищев одновременно стал работать в качестве научного сотрудника, затем действительного члена, профессора и заведующего сектором психиатрии. В те же годы В.Н.Мясищев начал самостоятельную преподавательскую деятельность, читая курсы индивидульной и общей психологии в Педагогическом институте им.А.И.Герцена, а с 1945 года он состоял бессменным профессором Ленинградского университета, где читал курс

психопатологии и психологии. На протяжении всей своей трудовой деятельности В.Н.Мясищев являлся сотрудником Писхоневрологического института, а с 1939 года на протяжении около 20 лет В.Н.Мясищев был директором этого учреждения, носящего теперь имя В.М.Бехтерева. Клиническая практика В.Н.Мясищева протекала здесь же, в созданном им еще в 20-е годы отделении неврозов и психотерапии. Коллектив этого отделения, возглавляемый учеником В.Н.Мясищева Б.Д.Карвасарским,   продолжает   развивать   учение В.Н.Мясищева, разрабатывая различные аспекты патогенетической психотерапии.

Ранние работы В.Н.Мясищева посвящены исследованию трудовой деятельности человека и трудовому воспитанию детей. Он обосновывал необходимость особой научной дисциплины - эргологии, признанной комплексно изучать процессы труда на   основе данных психологии, физиологии, педагогики и других   наук.

Затем последовал целый ряд его разработок в области нейрофизиологии: работы по типологии сочетательно-рефлекторной деятельности человека, работы по изучению кожно-гальванических показателей нервно- психического состояния человека. Однако непреходящее значение для психологии,   медицины и педагогики имеет разработанная В.Н.Мясищевым концепция отношений личности в норме и патологии.

В.Н.Мясищев опубликовал свыше 250 работ, в том числе 3 монографии. Особенную известность получил труд "Личность и   неврозы", представляющий собой собрание избранных статей, удостоенный в 1960 году премии им.В.М.Бехтерева.

Признанием заслуг В.Н.Мясищева государством было избрание его в 1964 году членом-корреспондентом Академии педагогических наук СССР, а также присвоение ему в том же году почетного звания "Заслуженный деятель науки РСФСР".

ПСИХОЛОГИЯ ОТНОШЕНИЙ

При изложении своей концепции В.Н.Мясищев придерживается методического принципа изучения природы: изучение ее объектов в процессе их взаимоотношения с окружающим миром. Естественно, что и человек в его свойствах и возможностях   познается в соотношении с

объективной действительностью. В отличие от животных, в соотношении с окружающим человек выступает в роли субъекта - деятеля, сознательно преобразующего действительность. Изучение человека в его соотношении с окружающим выявляет его особые качества и позволяет раскрывать его внутренний мир.

Необходимо различать понятия соотношение и отношение. Соотношение имеет в виду связь, в которой не выступает различие роли двух объектов связи. Понятие же "отношения" возникает там, где есть субъект и объект отношения. Именно у человека такой характер связи выступает с полной отчетливостью, животное же (здесь В.Н.Мясищев цитирует К,Маркса и Ф.Энгельса) не относится ни к чему и вообще не "относится" - для животного его отношение к другим не существует как отношение.

Отношения человека представляют собой, по В.Н.Мясищеву, сознательную, избирательную, основанную на опыте, психологическую связь его с различными сторонами объективной деятельности, выражающуюся в его действиях, реакциях и переживаниях.

ВИДЫ ОТНОШЕНИЙ. Отношения как связь субъекта с объектом едино, но в многообразии отношений выступает более или менее отчетливо отдельные компоненты, которые В.Н.Мясищев называет также частичными отношениями, сторонами отношения, или видами его. Эти стороны тесно связаны с характером жизненного взаимодействия, включающего самые различные моменты от обмена веществ до идейного общения. В.Н.Мясищев различает две основные стороны единого предметного отношения, которые глубоко коренятся в филогенетическом и историческом прошлом человека.

Одну сторону основного отношения представляют ПОТРЕБНОСТИ. Потребности одними авторами рассматривались как самостоятельная психологическая категория, другими – относились к волевым проявлениям, третьими - включались в систему характеристики личности. Хотя все эти точки зрения имеют частичное основание, но наиболее правильно, по мнению В.Н.Мясищева, рассматривать потребности в системе отношений к действительности. Потребности, по В.Н.Мясищеву, представляют собой конативную (волевую) тенденцию индивида к овладению объектом. Потребности относятся к отношениям потому, что составляющими компонентами этого понятия являются:

а) субъект, испытывающий потребность;

б) объект потребности;

в) своеобразная связь между субъектом и объектом.

В основе этой связи (отношения) лежит определенная функциональная нейродинамическая структура, проявляющаяся в тяготении к объекту и в активной устремленности к овладению им.

Вторую сторону основного отношения представляет ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ОТНОШЕНИЕ. На ранних (примитивных) стадиях эволюции отношения носят еще недифференцированный характер. В процессе развития на уровне еще не сознаваемых отношений высокоорганизованного животного (собака, обезьяна) вычленяется вторая сторона первоначального двуединого (эмоционально-волевого) отношения - эмоциональное отношение. У человека оно проявляется в привязанности, любви, симпатии и их противоположностях - неприязни, вражды, антипатии. Эмоциональная сторона отношения относилась в психологии к категории чувств. По мнению В.Н.Мясищева область чувств (эмоций) охватывает три разнородных группы явлений - эмоциональные реакции, эмоциональные состояния и эмоциональные отношения. Дружба, любовь или неприязнь и ненависть не могут быть отнесены ни к эмоциональным реакциям, такие, как гнев, трах, тоска, ни к эмоциональным состояниям, таким, как удовольствие или неудовольствие.

В каждом психологическом факте в той или иной степени включены три аспекта, или три компонента, душевной деятельности - познавательный, волевой и эмоциональный, а в различных видах процессов психической деятельности , состояний и отношений они выступают различно. В.Н.Мясищев одной из важных проблем психологии считал разработку вопросов структуры в области психических образований, в частности в области отношений.

Ряд отношений выступает у человека как относительно самостоятельные образования. Сюда относятся интересы, оценки и убеждения. В.Н.Мясищев ссылается на ряд исследований, в которых интерес рассматривается как особый вид отношения, в частности отношения к образованию, работе и т.д.

Ответственное отношение к своим обязанностям является выражением морально-правовых отношений человека. Ответственное отношение к своим обязанностям, вырастая из требований родителей, учителей, начальников, становится долгом, совестью. Моральное формирование личности основывается не только на требованиях, но и на знании образцов и на процессе сопоставления своих действий и поступков с образцами, с оценкой. Этот внутренний процесс приводит к образованию ОЦЕНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ, формирующихся в связи с этическими, эстетическими ,юридическими и другими критериями поступков и переживаний человека.

Система требований в сочетании со знанием действительности, особенно общественной, формирует УБЕЖДЕНИЯ человека, которые не только являются представлением о том, какова фактически существующая действительность, но и выражает представление о том, какой она

должна быть. В соответствии с убеждениями формируются эмоциональные реакции и активная (волевая) готовность бороться за осуществление сложившихся убеждений в жизни.

В.Н.Мясищев неоднократно обращал внимание на недостаточную разработанность проблемы отношений, а также на отграничение ее и связь с близкими, но не тождественными понятиями. Сюда относится направленность, которая представляет собой доминирующее, т.е. господствующее и определяющее отношение. В.Н.Мясищев пользовался также термином значимость. В преимущественно социальной психологии встречается термин ценностная ориентация, соответствующий понятию оценочных отношений. Достаточно широкое распространение получил термин позиция, которым иногда пользовался и В.Н.Мясищев. Близким является также понятие установки Д.Н.Узнадзе, то есть готовности человека к определенной реакции - бессознательной и основанной на потребности. Во всех этих понятиях, указывает В.Н.Мясищев, нет полной согласованности, но видны поиски целостного и обобщающего подхода к исследованию человека с связи с окружающей его по большей части социальной средой.

ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТИ

В.Н.Мясищев характеризует личность прежде всего как систему отношений человека к окружающей действительности. Самое главное и определяющее личность - ее отношения к людям, являющиеся одновременно взаимоотношениями. В этом пункте субъективное отношение, отчетливо проявляясь в реакциях и действиях, обнаруживает свою объективность, а индивидуально-психологическое становится социально-психологическим. Поскольку отношения определяют действия, реакции и переживания человека, они являются движущей силой личности.

Психологи неоднократно отмечали, что у личности могут преобладать органические, личные или общественные цели, мотивы или потребности. В связи с этим, характеризуя личность, обычно говорят о ее направленности. В.Н.Мясищев считает этот термин не вполне удовлетворительным. По В.Н.Мясищеву, в сущности речь идет о доминирующих отношениях, то есть о большей или меньшей активности, реактивности, аффективности в отношении к тем или иным объектам. Подобно тому как объекты окружающей действительности имеют разную важность для человека, в системе его отношений имеется иерархия господствующих и подчененных отношений. Эта система постоянно меняется, развивается, но всегда

определяющую роль играют отношения между людьми, в целом обусловленные структурой общества.

В.Н.Мясищев выделяет четыре компонента характеристики личности.

1. ДОМИНИРУЮЩИЕ ОТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ. С вопросом о доминирущих отношениях связаны вопросы о том, для чего живет данный человек, что для него является смыслом жизни: руководит ли им социальный идеал блага или цели личного преуспевания, или человек не ставит перед собой отдаленных задач и целей, еле справляясь с повседневными заботами. Тесным образом связана с проблемой личности, ее целей, отношений проблемы счастья.

2. ПСИХИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ ЧЕЛОВЕКА. Это не только уровень его желаний, но и уровень его достижений. Определить данный уровень - значит ответить на вопросы: чего достиг человек, каковы его возможности, какой след он оставил в жизни общества, иначе говоря, каково историческое значение личности. Богатство личности определяется богатством ее опыта. Это богатство прежде всего общественно-трудового, культурного опыта, основанного на богатстве общественных связей в широком смысле слова.

Богатство личности, выражая уровень ее развития, неразрывно связано с ее сознательностью и ее самосознанием, под которым подразумевается способность личности правильно отражать действительность в ее настоящем и прошлом, а также предвидеть будущее, правильно оценивать себя самого и свое место в действительности.

Уровень развития личности одновременно является уровнем развития ее функциональных возможностей, ее интеллектуальных, волевых и эмоциональных свойств.

Аспекты общественного и культурного развития личности полностью не совпадают. Общественное развитие человека выражается той ролью, которую играют в его поведении общественные интересы по сравнению с личными. Культурный же уровень личности выражается соотношением идейных элементов   индивидуального опыта и органических ("витальных") импульсов поведения.

3. ДИНАМИКА РЕАКЦИЙ ЛИЧНОСТИ. Она соответствует тому,

что в психологии называется темпераментом или в физиологии И.П. Павлова типом высшей нервной деятельности.

В.Н.Мясищев подчеркивает, что, во-первых, темперамент проявляется во всех сторонах личности, в том числе в ее интеллектуальной и идейной жизни; во-вторых, темперамент обнаруживается лишь в области активных отношений личности; в-третьих, темперамент также может меняться под влиянием жизненных условий.

4. ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ, ИЛИ ОБШАЯ СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ. Сюда относятся пропорциональность, гармоничность, целостность личности, ее широта и глубина, ее функциональный профиль, то есть соотношение различных свойств психики или то, что по преимуществу называют характером личности.

Эта сторона важна для понимания таких волевых и моральных свойств, как устойчивость, настойчивость, выдержка, самообладание, отзывчивость, внимание к человеку, принципиальность, честность и противоположные им отрицательные качества. В названных свойствах, как в едином узле, связываются доминирующие отношения человека с уровнем его развития в целом, в отдельных сторонах и в динамике темперамента.

Разрабатывая теорию личности, В.Н.Мясищев уделяет внимание также вопросу ее развития.

Проблему развития личности В.Н.Мясищев связывает с характеристикой ее отношений на разных этапах развития. Существенным для определения уровня развития является структура отношения к действительности. В ранней стадии у ребенка собственно нет отношений, его реакции обусловлены импульсами непосредственного удовлетворения своих органических влечений. В дальнейшем развитии они крайне неустойчивы, импульсивны, непосредственно обусловлены аффективным состоянием или аффективной реакцией, вызываемой предметами и лицами окружающей действительности. Еще дальше завязываются определенные отношения с действительностью, имеющие еще непосредственно-эмоциональный, конкретно-личный характер, определяясь привязанностью или враждой, интересом и т.д. Параллельно с формирующимся сознанием объективной действительности у ребенка возникает объективная мотивировка отношений, и он начинает действовать в силу сознания необходимости подчинять непосредственные побуждения, желания и эмоции опосредованным мотивам. На самом высоком уровне развития в связи с ростом его общественных связей, с развитием абстрактного мышления его отношения расширяются, приобретают осознанно мотивированный, принципиально обоснованный характер, причем внешне требования осознаются личностью как необходимость, и, подчиняясь им, принимая их, личность делает их внутренним принципом своего поведения.

Первые шаги развития ребенка протекают обычно в семейной среде. Здесь устанавливаются первые общественные связи. В дальнейшем развитие ребенка может пойти путем расширения положительных общественных связей, переключения в более широкую общественную среду,

например, школьную. Общественный контакт, его прочность, устойчивость или хрупкость, его объем, широкий, ограниченный, или избирательный, замкнутость, сосредоточенность на себе, индифферентизм, агрессивные установки - все обусловлено опытом общественного развития ребенка. Поведение, исходящее из мотивов личного или общественного интереса, в частности общего интереса детей одной школы, профессиональной группы, народа или класса, отражает одновременно и уровень развития отношений, то есть общественного сознания, и их направленность. Это отношение, формируясь в процессе общественно-трудового опыта и в связи с его особенностями, отливается в систему взглядов материально-реалистическую или мистически-идеалистичекую.

Способ включения в общественную деятельность, в частности степень, форма, возраст привлечения к труду, радикально отражается на всем взаимоотношении личности и действительности, рано формирует рабочие или паразитарные установки, трезвый или мистически-нереальный взгляд на вещи, действительность или пассивность - словом, всю структуру личности ребенка.

В общем виде проблему движущей силы развития человека В.Н.Мясищев рассматривал с философски-психологической точки зрения следующим образом. В процессе развития слепые силы влечения организма превращаются в осознанные потребности, инстинктивные приспособления к природе и социальной среде становится все более сознательным и планомерным, включающим не только приспособление к действительности, но и преобразование ее.

Развитие есть постоянная борьба противоположностей. Одной из сторон развития личности является нарастание и обогащение системы ее возможностей и потребностей (требований к жизни). Вместе с тем предъявляет ряд требований к человеку и предоставляет ему определенные возможности окружающая действительность. Борьба и единство противоположностей здесь заключается в том, что жизнь создает меняющиеся условия (общественные требования и возможности), которые сталкиваются с имеющимися у человека потребностями и его внутренними возможностями и побуждают его к освоению нового и переделке самого себя, в результате чего у него возникают новые потребности и новые внутренние возможности. Личность, изменяясь, развивается, меняется и характер ее отношения к действительности. Но последняя также меняется. Весь этот спиралевидный процесс развития с наполняющими его борьбой, процессами овладения и преодоления составляет основное содержание развития личности, в ходе которого она выступает не пассивным объектом, а все более активным и сознательным субъектом.

КОНЦЕПЦИЯ НЕВРОЗА

1. НЕВРОЗ - ПСИХОГЕННОЕ РАССТРОЙСТВО

В.Н.Мясищев рассматривал невроз прежде всего как функциональное, психогенное нервно-психическое заболевание,

вытекающее из тяжелых переживаний личности, неразрывно связанных с условиями ее жизни. Здесь возникают следующие вопросы:

1) какие переживания или какие качества переживаний являются патогенными;

2) при каких условиях переживания становятся патогенными;

3) когда из переживания возникает болезненное состояние;

4) какова нейрофизиологическая природа переживания.

1. КАКИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ИЛИ КАКИЕ КАЧЕСТВА ПЕРЕЖИВАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ ПАТОГЕННЫМИ

Ответ о том, что патогенным является тяжелое, потрясающее переживание, является неверным.

Во-первых, тяжелые потрясающие переживания в ряде случаев, как они ни тяжелы, как остро и глубоко ни переживаются личностью, не вызывают невроза - поэтому надо отличать сильное или потрясающее переживание дает быстро проходящее болезненное состояние, которое следует отличать как реакцию от невроза.

Опыт показывает, что источники патогении весьма многообразны. Попытка привести их к одному знаменателю – обычно искусственна. То, что не патогенно для одного, патогенно для другого, и, наоборот, то, что для первого патогенно, для второго оказывается безвредным.

В связи с этим в формулу роли переживания В.Н.Мясищев вносит существенную поправку: при более глубоком анализе переживание оказывается производным от личности переживающего и само должно быть объяснено ее особенностями.

Человек связан с действительностью многообразными связями: любовь, дружба, вражда, обязанности, принципы, привычки и т.д. Некоторые из них более значимы, другие менее.

Достаточно взглянуть на любое глубокое переживание человека, чтобы убедиться в том, что в основе переживаний лежат взаимоотношения человека с различными сторонами окружающего, что болезненные переживания являются лишь следствием нарушенных взаимоотношений.

Потеря работы, клевета, измена супруга, смерть ребенка, неудача в достижении цели, уязвленное самолюбие и т.п. - являются источником болезненного переживания лишь в том случае, если они занимают центральное или по крайней мере значимое место в системе отношений личности к действительности. Их значимость является условием аффективного напряжения и аффективной реакции.

2. ПРИ КАКИХ УСЛОВИЯХ ПЕРЕЖИВАНИЯ СТАНОВЯТСЯ ПАТОГЕННЫМИ

В ряде работ еще до Фрейда в разной формулировке эти условия определялись то как конфликт, то как коллизия, то как несоответствие, то как противоречие. Однако вопрос этот освещался слишком общо и абстрактно. На первый взгляд источник патогении заключается прежде всего в том, что требования, потребности, стремления, желания личности не удовлетворяются теми или иными моментами действительности.

Однако известное несоответствие (конфликт) между потребностями и возможностями их непосредственного удовлетворения является существенным моментом в развитии личности: несоответствие мобилизует нашу деятельность, заставляет нас напрягаться, активирует нас. Достижение поставленной цели упражняет и развивает наши нервно-психические функции. Вчерашнее "противоречие" сегодня исчезает, достигается поставленная цель, в связи с психическим ростом повышается уровень потребностей, это влечет за собой новые цели и новые задачи. Таким образом, само противоречие или несоответствие между потребностью и возможностью ее удовлетворения, целью и возможностью ее достижения, приводит к психоневрозу только тогда, когда оно продуктивно не разрешается: цель не достигается и потребность не удовлетворяется, - терпят крушение планы, разрушаются надежды, утрачиваются близкие люди, положение, возможности и т.п.

3. КОГДА ИЗ ПЕРЕЖИВАНИЯ ВОЗНИКАЕТ БОЛЕЗНЕННОЕ СОСТОЯНИЕ

Однако не всегда неудачи и потрясения порождают невроз. В.Н.Мясищев перечисляет следующие источники патогенности противоречия (конфликта):

а) особенности личности, создающие трудности в общении с другими людьми, как это бывает у лиц агрессивных, претенциозных, упрямых, взбалмошных, сензитивных и т.п.;

б) случаи, при которых личность не может найти рационального, продуктивного решения конфликта в силу известных обстоятельств: когда средства активного воздействия на ситуацию для достижения целей оказываются гораздо ниже уровня потребностей или притязаний личности;

в) случаи, когда действительность не представляет пассивного объекта воздействия; она активно препятствует и помогает субъекту, дает ему средства и возможности и в то же время предъявляет к нему требования;

г) случаи, при которых объективные условия делают противоречие неразрешимым, когда, например, человек теряет своего близкого, или человек теряет средства достижения цели, например, певец - голос и т.п. Возникает уже вопрос не о разрешении задачи и преодолении трудностей, а о признании и подчинении реальной необходимости. Здесь опять-таки требуется известный фонд психических средств для того, чтобы понять неизбежность отказа и найти новые пути в жизни.

Патогенность ситуации, таким образом, заключаются в неумении рационально, иначе - продуктивно преодолеть трудность или неспособности отказа от неосуществимых стремлений.

Понятием патогенной ситуации широко пользуются, но часть неправильно отождествляют его с понятием внешних ус ловий. Приводящая к неврозу патогенная ситуация характеризуется ее индивидуальной и относительной неразрешимостью, то есть неразрешимость для данного субъекта в данной обстановке, его неспособностью или неумением найти продуктивный, рациональный выход в данных условиях.

4. КАКОВА НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИРОДА ПЕРЕЖИВАНИЯ

В условиях неразрешенного противоречия в огромной степени нарастает нервно-психическое напряжение, прежде всего аффективное напряжение. Оно, в свою очередь, обостряет противоречие, усиливает трудности, затрудняя рациональное решение, создавая конфликты, повышая неустойчивость и возбудимость человека, углубляя и болезненно фиксируя переживания.

Нарастающее и неразрешающееся напряжение создает вначале лишь предпосылки к возникновению невроза, в дальнейшем же влечет за собой психическую и физиологическую дезинтеграцию личности, которая проявляется уже в картине заболевания. Аффективность становится чрезмерной и фиксированной. Волевое управление, самоконтроль нарушаются и сменяются картиной безволия и всплесками односторонних и непродуктивных напряжений. На место объективного, логического мышления выступает субъективное фантастическое, символическое, кататимное.

Многочисленные проявления вегетативных висцеральных нарушений основного функций организма - сна, аппетита и т.п. - являются выражением глубоких физиологических сдвигов. Функциональная дезорганизация личности, таким образом, сказывается в нарушении как сложных, высших, психосоциальных форм поведения (психической переработки), так и более элементарных физиологических реакций.

ВЫВОД

Все изложенное позволяет рассматривать невроз как психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между нею и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно тягостные для нее переживания: неудачи в жизненной борьбе, неудовлетворение потребностей, недостигнутая цель, невосполнимая потеря. неумение найти рациональный и продуктивной выход влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности.

Таким образом, противоречие само по себе не создает невроза; необходимым условием является нерациональное и непродуктивное его разрешение, субъективный, иррациональный, связанный с повышением аффективности способ переработки. Аффективное напряжение, в свою очередь ,не представляет еще невроза, но тогда, когда оно дезорганизует психическую и соматическую деятельность,- мы имеем дело с болезнью - с неврозом.

2.ТИПЫ НЕВРОТИЧЕСКИХ КОНФЛИКТОВ

Анализ различных взаимоотношений, существующих между картиной отдельных невротических синдромов и между характером патогенных условий, позволил В.Н.Мясищеву описать три основных типа невротических конфликтов.

1. НЕВРАСТЕНИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ

Это противоречие между актуальными возможностями личности, с одной стороны, и ее стремлениями и требованиями к себе, которые соответствуют требованиям окружающего другой. Источником болезни является то, что личность не умеет при данной конкретной ситуации справиться со стоящей перед ней задачей даже при самом активном стремлении разрешить эту задачу. Противоречие заключается в относительном несоответствии между возможностями или средствами личности и между требованиями действительности. Эта, как говорилось выше, ситуативная недостаточность личности покрывается мобилизацией ее внутренних ресурсов,

мобилизацией усилий человека с максимальным доступным личности использованием внешних возможностей. Не умея найти правильного разрешения задач, при максимальных условиях, человек перестает справляться с работой, утрачивается или снижается его продуктивность. Вместе с тем его организм дезорганизуется в функциональном отношении, т.е. рассматриваются его нервно-психические функции: падает внимание, обостряется аффективность, появляется озабоченность, тревога и неуверенность, нарушаются сердечная деятельность, желудочно-кишечные и другие функции.

Такой характер противоречия чаще всего наблюдается в условиях психогенного возникновения неврастенического синдрома.

2. ИСТЕРИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ

Этот тип противоречия встречается в тех случаях, когда личность вступает в конфликт с различными моментами окружающей ее действительности, не находя удовлетворения своих требований, стремлений или когда действительность выдвигает требования, идущие в разрез с субъективными требованиями личности. Характерная картина патологической переработки такого противоречия часто встречается при истерическом синдроме. Характерное для истерии несоответствие между требованиями, потребностями личности и ее реальными внутренними ресурсами сочетается со склонностью недооценивать или игнорировать объективные реальные условия и вытекающим отсюда перевесом требовательности к окружающему над требованиями к себе и критическим отношением к себе, характеризующим истерическую претенциозность.

По отношению к истерии Фрейд указывал на то, что в ее основе лежит неосуществленное желание. В.Н.Мясищев соглашается в тем, что патогенным стержнем истерического образования являются неудовлетворенные тенденции, потребности, желания, иррационально перерабатываемые личностью. Это не дает тем не менее права рассматривать истерические явления как целесообразные приемы и говорить о выигрыше от болезни, как это делают, например, Фрейд, Адлер и др. По мнению В.Н.Мясищева это дает только основание говорить, что истерия действительно имеет цель и желание, но не в болезни эта цель и желание, а болезнь есть патологическое выражение неудовлетворенного желания.

Совершенно иной характер истерического конфликта по сравнению с неврастеническим выражается в совершенно иных болезненных проявлениях. Эгоцентризм при противопоставлении себя действительности должен выступать несравненно ярче. Тенденциозно-личный характер аффективности - агрессивность и претенциозность, конфликт с действительностью являются и следствием, и причиной относительного перевеса аффекта над

логикой у истерика. Уловки, фикция и обман могут быть следствием и причиной истерического столкновения с неудовлетворяющими и травмирующими ее сторонами. Поэтому истерия выступает прежде всего как "конфликтный" невроз, где конфликт, однако, происходит у личности не столько с самим собой, сколько с теми или иными внешними обстоятельствами, хотя сам больной в ряде случаев является их виновником. Он не может ни подчинить действительность своим требованиям, ни отказаться от них, подчиняясь действительности.

3. ОБСЕССИВНО-ПСИХАСТЕНИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ

Этот тип конфликта наблюдается тогда, когда человек заболевает в условиях противоречивых влияний и вырастающих отсюда противоречивых внутренних тенденций. Личность как бы внутренне расщепляется, и этот "внутренний конфликт", внутреннее раздвоение характерно для невроза навязчивых состояний.

Борьба между желанием и долгом, между принципами и личными привязанностями, между инстинктивными влечениями и этическими надстройками представляет собой типичный случай этих внутренних конфликтов.

Неразрешающееся напряжение наиболее ярко выражается в состоянии нерешительности, сомнения, при котором личность колеблется в борьбе двух противоположных тенденций, причем или ни одна не приобретает перевеса - и человек страдает сомнениями, нерешительностью, раздвоением, или же одна из двух тенденций приобретает перевес, но, встречая противодействие другой, обнаруживается в навязчивом симптоме.

Механизм возникновения болезненных симптомов еще недостаточно ясен. Он ярче всего проявляется в символической обсессии, например в навязчивых ритуальных действиях, значение которых может быть понято только на основе их генетического анализа, позволяющего установить тесную связь между симптомами болезненного состояния и характером внутренних противоречий.

4. СМЕШАННЫЙ ТИП КОНФЛИКТА

Патогенные ситуации, которые создаются у личности, могут меняться и быть множественны. Так, человек может напрягаться сверх меры и вместе с тем быть в сильнейшем конфликте, например нести напряженную и ответственную работу, отрицательно относясь к ней, быть неудовлетворенным своим положением и испытывать острое чувство неполноценности. Эмоциональное напряжение истощает, а конфликт и неудовлетворенность, из которых нет выхода, создают истерические тенденции. Эта комбинация противоречий оправдывает столь распространенный в практике термин "истеро-неврастения". Возможны и другие комбинации конфликтов.

Попытка вывести клиническую картину непосредственно из характера противоречия является, по мнению В.Н.Мясищева, довольно грубым упрощением. В каждом конкретном случае мы имеем сплошь и рядом комбинацию ряда противоречивых тенденций, в которых внешние и внутренние моменты участвуют в разном соотношении и при которых не всегда с первого взгляда можно установить истинный смысл противоречивой ситуации.

Возникает вопрос, может ли конфликт психастенического типа (например, противоречие чувства долга и любви) дать картину истерического состояния? В.Н.Мясищев утвердительно отвечает на этот вопрос. Он приводит пример женщины с развитым сознанием общественного долга, которая выдает мужа, узнав, что он фальшивомонетчик, но выдав, заболевает истерией. Здесь был конфликт внутренних тенденций (психастенический) - любви к мужу и сознания долга. Но после того как муж был потерян, конфликт стал внешним (истерическим) - больная не может примириться с потерей мужа и заболевает, а когда примиряется, тогда выздоравливает.

В другом случае, приводимом В.Н.Мясищевым, в патогенной ситуации женщины, которая дает картину истерического невроза, на первый взгляд - внутренний конфликт, борьба между желанием бросить мужа и жалостью к нему. При ближайшем рассмотрении оказывается, что больная не бросает мужа потому, что ей некуда переехать, и в сущности жалость к мужу лишь демонстрируется больной, но большой роли не играет, а отсюда и вывод о том, что здесь в основном конфликт не личности с собой, а с внешними моментами действительности - между желанием бросить мужа, несмотря на жалость и невозможность уехать от него.

Таким образом связь между патогенетической сущностью и патологическим проявлением и истинный характер сложного противоречия открывается только после тщательного анализа.

3. ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРА

Патогенные источники невроза, по убеждению В.Н.Мясищева, нужно искать не столько в абсолютных качествах психики и условиях жизни, сколько в соотношении первых со вторыми. Поэтому он резко возражал против абстрактных положений о конституциональной обусловленности невроза, о слабости нервной системы, о той или иной недостаточности нервной системы.

Невроз может возникнуть без всякого предрасположения у лиц до того здоровых, ничем не отягченных. Этим, конечно, не исключает совершенно роль конституции, предрасположения, слабости нервной системы. Общеизвестные факты показывают, что чем слабее нервная система, тем скорее заболевает человек. Но более важным для понимания природы невроза В.Н.Мясищев считал вопрос о так называемой "ситуативной недостаточности", которая проявляется в том, что и достаточно сильные, и достаточно испытанные жизнью люди не справляются с известными ситуациями, тогда как многие лица с так называемой слабой нервной системой и астеничной психикой справляются с аналогичной ситуацией и не заболевают. Так, для гипертимного человека монотонно однообразная обстановка трудно выносима, тогда как для вялого и астеничного она оказывается желательной и, наоборот, трудной оказывается обстановка напряженных требований. Здесь по ходу дела отметим, что эта идея "ситуативной недостаточности" впоследствии была переработана А.Е.Личко (1977) и трансформирована им в понятие "места наименьшего сопротивления" акцентуированной личности.

Далее В.Н.Мясищев предупреждает против формального, абстрактно обобщенного определения психических свойств личности. Говоря о твердости - слабости, решительности - нерешительности, самоуверенности - неуверенности в себе, смелости - робости, самообладании и его отсутствии, нужно всегда помнить, что в разных обстоятельствах человека может обнаружить разную степень этих качеств или даже противоположные черты.

Было бы ошибкой также рассматривать качества личности вне их соотношения друг с другом. Так, импульсивность представляет избыток возбудимости и недостаток торможения, фантастики - перевес эмоциональности и недостаток критики. Патогенная роль этих соотношений оказывается в том, что подчас уступчивый астеник может иметь меньше шансов к патогенному конфликту по сравнению со стеничным, сильным, настойчивым, но не гибким и упрямым человеком.

Черты характера, по В.Н.Мясищева, представляют структурное объединение, в котором сказывается и отношение личности к окружающему, и темперамент, и качества интеллекта.

Неуверенность в себе является и выражением самооценки, и выражением взаимоотношения с окружающим, и показателем способности критической оценки, и проявлением астенического темперамента. Аффективная вязкость - это и острота впечатления, и длительность его, относительно недостаточная интеллектуальная переработка и затрудненное отреагирование; вместе с тем она существует не для всех явлений действительности, но преимущественно в определенной области эмоционально значимых отношений. Мнительность выражает одновременно внимательное отношение к себе и неуверенность в себе, и настороженно недоверчивое отношение к окружающим. Она вырастает на основе пассивной позиции чувствительного и астенического человека, достаточного в индивидуальном и недостаточного в волевом отношении.

В.Н.Мясищев отказывается от перечисления всего многообразия черт характера, могущих иметь патогенетическое значение. Он отмечает лишь два момента, которые особенно заметно выступают в характере больных неврозами, явно затрудняя благополучное разрешение болезненной ситуации. Это: 1) перевес субъективного и аффективного над объективным и логическим с относящимися сюда разнообразными чертами импульсивности, кататимности, эгоцентризма, упрямства ,сензитивности, фантастичности и т.д.; 2) перевес аффективной инертности над аффективной пластичностью, создающей вязкие доминанты болезненных переживаний.

В.Н.Мясищев подчеркивает, что связь невроза с характером не значит, однако, что невроз представляет собой развитие и усиление преморбидных черт. Часто у больного обнаруживаются черты, не соответствующие преморбидному характеру. Так, человек тревожно-мнительного или психастенического характера не обязательно заболевает психастенией, а может дать картину неврастении, и, наоборот, ранее уверенный и стеничной может в болезненном состоянии превратиться в робкого и нерешительного.

4. ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ПОНИМАНИЕ НЕВРОЗА

Понимание сущности невроза предполагает установление связи между картиной болезненного состояния, процессом ее возникновения и между причиной, ее вызывающей. Если ближайшие причины заболевания заключаются в личности, в ее взаимоотношениях с

условиями, в неправильной переработке ею последних, то отдаленной причиной невроза являются условия истории развития личности.

Генетическое понимание освещает несколько сторон в развитии невроза: во-первых, невроз является болезнью личности, а сама личность в каждый момент представляет результат ее индивидуальной истории развития, во-вторых, личность развивается в определенных культурных, экономических, политических условиях, определяющих и характер личности, и причины возникновения невроза.

В.Н.Мясищев выделял две основные формы невроза, которые определяются соотношением истории личности и истории невроза.

Первая форма - невроз как патологическое развитие. Здесь конституциональные врожденные факторы имеют лишь значение одного из условий, а основную роль играет процесс развития - в определенных внешних условиях. Эта форма может быть названа невротическим развитием, и здесь В.Н.Мясищев подчеркивает роль ситуации раннего детства, подтверждая в этом отношении некоторые указания Фрейда. Однако это не значит признание сексуальной теории и инфантильной сексуальности и взгляд на невроз как регрессию к инфантильной стадии. Это значит только, что детство является наиболее пластичным периодом жизни.

Ситуации раннего детства формируются первые установки личности на окружающее, определяют ее связи с действительностью, направление и тип ее развития, способы переработки переживаний.

Поскольку семья является первой общественной ячейкой, которую находит ребенок, постольку неблагоприятные семейные взаимоотношения играют огромную роль в формировании социальных установок и являются первым источником невротических образований.

Роль неблагоприятно складывающихся взаимоотношений особенно возрастает в критических фазах, когда претерпевает существенные сдвиги и характер связи личности с действительностью, и вся ее функциональная структура, что позволяет рассматривать симптомокомплексы неврозов как инфантилизмы или частичные задержки развития на детской стадии его.

При невротическом развитии не острые конфликты, не потрясающие события, а вся обстановка, создающая противоречия с действительностью, и часть еще в раннем детстве, искажает ход развития личности, создавая патологические тенденции.

Вторая фаза невроза - актуальный невроз - остро возникает у личности, для того здоровой, под влиянием тяжелого, острого переживания или трудно разрешимой противоречивой и напряженной ситуации. Здесь между историей личности и историей болезни не существует соответствия - характер личности до заболевания не отличается болезненными чертами невроза. Источники болезненного состояния лежат по преимуществу в трудной ситуации, но не во внутренней структуре личности.

При актуальном неврозе отмечаются тяжелые условия при нормальных тенденциях личности, а нарушение переработки может быть объяснено тяжестью ситуации; при неврозе развития личность и ее тенденции имеют болезненный характер и создают конфликтные ситуации, а патологические переработки представляют собой привычный и характерный для нее способ реагирования.

5. КРИТЕРИИ ОТГРАНИЧЕНИЯ НЕВРОЗОВ

Психозы, конституциональные психопатии, неврозоподобные органические расстройства вытекают, согласно В.Н.Мясищев, не из нарушенных отношений, а из непосредственного нарушения функций.

Если при неврозе нарушаются взаимоотношения личности с действительностью и возникающий конфликт создает вторичное нарушение неврозо-псизической функции, то при органическом заболевании, при психозе мы имеем непосредственное поражение функций и субстрата, что обусловливает вторичное нарушение взаимоотношений с действительности.

При психопатии нарушенные взаимоотношения возникают из врожденной недостаточности нервно-психических функций, препятствующих включения личности в систему общественных отношений.

Реактивные состояния (депрессия, страх, тревога) и острые аффективные реакции не имеют корней в особенностях личности, не нарушают в основном ее нормальной структуры и ее общих отношений к действительности и представляют собой относительно изолированный феномен. Это усиленная и адекватная реакция на остро действующие, потрясающие события.

КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Патогенетическая (также "психогенетическая") психотерапия В.Н.Мясищева является единственным динамическим ориентированным подходом России. Сам создатель этого подхода относил его к "рациональной" психотерапии, обосновывая это следующими соображениями (1973). В психотерапии термин "рациональная психотерапия" существует в двух вариантах формирования у больного правильных представлений о болезни: а) разъяснения или логического доказательства неправильности представлений и реакций больного и правильного здорового понимания его положения; б) переубеждения больного и формирования у него правильных убеждений. Разъяснение, апеллирующее к рассудку больного, обычно малопродуктивно и в лечебном плане малорезультативно. В лучшем случае оно сопровождается грустным признанием больного :"Я понимаю доктор, но справиться с этим не могу". Убеждение не только формирует правильное представление, но и обеспечивает действенность, регуляторную силу правильного представления. Эта сила возникает по мере того, как реорганизуется личность и система ее отношений к действительности. Реорганизация характеризуется тем, что ранее важное утрачивает свою значимость, возникают и начинают определять общественно адекватное поведение и переживания другие значимые мотивы. Меняются взгляды, убеждения и отношения.

Вольф Лаутербах располагает метод В.Н.Мясищева на шкале психотерапевтических подходов между рациональной психотерапией и каузальной (т.е. терапией, которая лечит через вскрытие и осознание психологических причин расстройства). Патогенетические терапевты являются "рациональными" лишь постольку, поскольку у них общие с нами цели - добиться понимания пациентом своих ошибок и необходимости измениться. Они добиваются этого путем последовательного осознания пациентом психологических причин (в понимании В.Н.Мясищева) своего расстройства.

В ходе патогенетической психотерапии в сознании пациента следует перевести материал, на который прямо указывал И.П.Павлов (1938), говоря, что врачу " надлежит отыскать вместе с больным или помимо него, или даже при его сопротивлении среди хаоса жизненных отношений те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть с правом связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза".

Основная задача заключается в том, чтобы в процессе патогенетической психотерапии сам пациент уловил бы взаимосвязи между историей его жизни, сформированными ею его отношениями, вытекающими из них неадекватными реакциями на сложившуюся ситуацию и проявлениями болезни - все те взаимосвязи, которые он до того не осознавал.

Решающим моментом служит завершающая психотерапевтический процесс реконструкция нарушенных отношений больного. При этом речь идет не просто об изменении отношения к данному травмирующему обстоятельству, что само по себе не всегда возможно. Излечение наступает, если удается изменить систему отношений больного в целом, его отношения к миру, если изменяются в широком плане его жизненные позиции и установки.

В своей последней статье В.Н.Мясищев (1973) еще более масштабно определил цели патогенетической психотерапии: принцип лечения заключается в переделке личности в процессе общения и совместного труда и быта. Примером осуществимости и осуществления этого в стационарных условиях является вся творческая работа А.С.Макаренко, на блестящий опыт которого В.Н.Мясищев не раз ссылался. А.С.Макаренко писал, что среди его воспитанников были истерические субъекты, и они выравнивались, перевоспитывались, становились полноценными людьми. Психотерапия, по В.Н.Мясищеву, представляет пограничную зону, в которой сочетается лечение, восстановление и воспитание человека.

ЛЕКЦИЯ СЕДЬМАЯ Лекция 7.

ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

Гештальт-терапия, созданная Фредериком Перлзом в начале 50-х годов, получила распространение с Соединенных Штатах и Канаде в 60-70-х годах в связи с ростом "движения за актуализацию человеческого потенциала", где она становится в один ряд с такими традиционными в лечении эмоциональных расстройств направлениями психотерапии, как психоанализ и бихевиоральная терапия. Что касается Западной Европы, то еще в 1984 г. R.Tillet указывает на то, что в Англии с теорией и методами этой терапии знакомы всего несколько психиатров. По мнению автора, в этом повинны "заокеанская репутация" и радикальный характер гештальт-терапии. Перлз был убежден, что подлинно холистической (целостный) взгляд на человека и психотерапию требует существенной деинтеллектуализации. Западный интеллект, по словам Перлза, стаовится бледной и немощной подменой непосредственного чувствования и переживания. Перлз полагал, что интеллект в западной культуре переоценивается и используется чрезмерно, в особенности в попытке понять человеческую природу. Он в большей мере верил в то, что называл "мудростью организма", и эту мудрость он понимал как своего рода интуицию, более основанную на эмоциях, чем на интеллекте. Интеллект Перлз часто сравнивал с компьютером. Постоянное стремление выяснить, почему происходит нечто, мешает людям пережить, как это происходит: подлинное эмоциональное осознание блокируется изобретенными объяснениями. Объяснение же, по Перлзу,- особенность интеллекта, не имеющая отношение к пониманию. Антиинтеллектуальная позиция Перлза отражена в его известном афоризме: "Забудь о своем уме и доверься чувствам".

К.Рудестам (1990), давая оценку гештальт-терапии, пишет о том, что Перлз был терапевтом с уникальной интуицией и чувствительностью, его яркая, незаурядная личность, а также вызывающий стиль в глазах многих людей носили отпечаток большой самонадеянности. В настоящее время последователи Перлза, занимаются ли они только гештальт-терапией или заимствуют некоторые ее приемы, принимают те теоретические понятия гештальт-терапии и используют те ее техники, которые в наибольшей степени соответствуют их стилю.

ПРЕДЫСТОРИЯ ГЕШТАЛЬТ- ТЕРАПИИ

Фредерик (Фриц) Перлз (1893-1970) родился в Берлине в мелкобуржуазной еврейской семье. Получив медицинское образование, он специализировался по психиатрии. В 1926 году он работал в Институте военных мозговых травм в Берлине под руководством Курта Гольдштейна - одного из пионеров гештальт-психологии. Благодаря этому сотрудничеству он проникся пониманием того, что человеческий организм нужно рассматривать как целое, а не как конгломерат отдельно функционирующих частей. В 1927 году он переехал в Вену и начал психоаналитическое обучение. Его аназировал Вильгельм Райх, с ним работали выдающиеся представители раннего психоаналитического движения - Карен Хорни, Отто Фенихель, Элен Дойч и др. В 1933 году, с приходом к власти Гитлера, Перлз бежал в Голландию, а затем в Южную Африку, где основал Южно-Африканский институт психоанализа. Несколькими годами позже Перлз открыто порвал с психоаналитическим движением, а в 1946 году эмигрировал в Соединенные Штаты. В 1952 году он основывает в Нью-Йорке Институт гештальт-терапии. В начале 60-х годов он переезжает в Калифорнию, где преподает, ведет группы и семинары в Исаленском институте.

На формирование взглядов Перлза оказали влияние психоанализа, идеи В.Райха, гештальт-психология, феноменология и экзистенциализм. Кроме того, заметно влияние идей создателя психодрамы Морено и философии дзен-буддизма. (Дж.Фейдимен, Р.Фрейген, 1985).

Получив из гештальт-психологии представление об организме человека целом, Перлз почувствовал, что психоанализу как раз не хватает холистического подхода, при котором индивид и его среда рассматриваются как постоянно взаимодействующие части поля. Это привело Перлза к акцентированию, в отличие от Фреда, очевидного, а не вытесненного маериала в понимании и проработке внутренних конфликтов. Перлз подчеркивает важность рассмотрения ситуации в настоящем, а не исследования причин в прошлом. Перлз полагал, что осознание человеком того, как он ведет себя в каждое мгновение, важнее для понимания себя и для способности измениться, чем понимание того, почему он ведет себя таким образом.

Перлз расходился с Фрейдом также и в теории инстинктов. По Перлзу, поведение человека детерминировано не инстинктами, а так называемыми "незаконченными ситуациями", то есть

неудовлетворенными потребностями. Ни один из инстинктов не является основным (например, сексуальный или агрессивный, как у Фрейда), все потребности - это прямое выражение инстинктов организма.

Перлз полагает, что психоаналитический метод интерпретации свободных ассоциаций создает избегание прямого переживания ассоциируемого материала и поэтому является недостаточно эффективными в исследовании себя.

Фрейдовский акцент на "сопротивлении" слегка смещен Перлзом. Перлз говорит об избеганиях осознания разного рода. подчеркивая форму самого этого избегания, а не его содержание (в частности, правильным вопросом является "как я избегаю осознания", а не "что я не хочу осознавать").

Фрейд считает перенесение основой терапевтический процесса. Перлз рассматривает феномен перенесения как важный аспект проекции невротического механизма, которому он придает большое значение. Однако в теории он не работает так много с перенесением, как Фрейд.

Перлз не принимает фрейдовскую предпосылку, что главным в теории является осознание вытесненного материала, после чего сама собой происходит проработка и ассимиляция этого материала. Перлз считает, что ассимиляция ранее интроецированного опыта (черт характера, привычек, отношений, стереотипов поведения и т.д.) является трудной и важной задачей терапии.

Развивая свой подход, Перлз пришел к мировоззрению, весьма отличному от психоаналитического, но вместе с тем можно заметить много соответствий между психоанализом и гештальт-терапией. Вот некоторые из концептуальных соответствий; фрейдовские свободные ассоциации и перлзовский континуум осознания; фрейдовское сопротивление и перлзовское избегание осознания; фрейдовские навязчивые действия и перлзовские "незаконченные ситуации"; проекции у Фрейда и у Перлза и т.д.

Сильное влияние на Перлза оказал также В.Райх с его учением о характере и "мышечном панцире". Райх предполагал, что психологическая защита выражается на физиологическом уровне в виде мышечных зажимов (клинчей). Если удается пробиться через этот панцирь, то открывается доступ к вытесненным психологическим содержаниям. Райх просил пациентов усиливать определенный зажим, чтобы лучше осознать его и выявить заблокированную эмоцию. Психотерапевтическая работа Райха постепенно переместилась в направлении освобождения эмоций (удовольствия, гнева, волнения) посредством работы с телом. Работы Райха оказали большое влияние на представления Перлза о взаимосвязи тела и психики.

Другим важным источником гештальт-терапии является гештальт-психология. Гештальт (или "целостная структура", "паттерн") - это специфическая организация частей, которая составляет определенное целое. Основной принцип подхода гештальт-психологии состоит в том, что анализ частей не может обеспечить понимание целого, поскольку целое определяется взаимодействием частей. Гештальт-психология выдвинула ряд предположений относительно того, как организм адаптируется, достигая оптимальной организации и равновесия. Один из аспектов этой адаптации состоит в том, что организм в данном поле делает свое восприятие значимым, различая фигуру и фон. Это поясняется известным гештальт-рисунком.

Если рассматривать белую фигуру на темном фоне - мы видим белую вазу; если рассматривать черную фигуру на белом фоне - две повернутые друг к другу головы в профиль. Этот феномен показывает, как организм выбирает то, что ему интересно и важно в каждый данный момент. Например, если человек испытывает жажду, то стакан воды, даже если его поместить среди его любимых яств, будет восприниматься как фигура на фоне еды. Таким образом восприятие приспосабливается к удовлетворению потребностей. Когда жажда будет удовлетворена, восприятие фигуры-фона может измениться в соответствии со сменой доминирующей потребности. Заслуга Перлза состояла в том, что он впервые применил принципы гештальт-психологии в психотерапии.

Перлз называл свой подход экзистенциальной терапией. Он соглашался с главным положением экзистенциально-феномено логического подхода, что индивидуальный опыт может быть понят только из непосредственного описания уникальной ситуации человека. Перлз утверждал далее, что встреча пациента с терапевтом - это экзистенциальная встреча двух человеческих существ, а не разновидность традиционного отношения врач-пациент.

Как и большинство экзистенциалистов, Перлз отвергал идею разделения ума и тела как двух различных аспектов существования. Гештальтистская точка зрения привела Перлза к отрицанию не только этого разделения, но и разделения субъекта и объекта и даже организма и среды. Отказываясь рассматривать человека как существо, противостоящее миру, переживаемому в отдельности от него самого, Перлз утверждал, что люди творят и создают свои миры: для каждого мир существует как его раскрытие.

ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Каждый организм стремится к достижению состояния полного функционирования, что означает дополнение (или завершение) внутренней организации. Гештальт-психологи показали, что человек в процессе восприятия внешнего мира не воспринимает отдельные элементы действительности как изолированные и не взаимосвязанные, а организует их в целое или в гештальты, имеющие для него значения. По мнению Перлза, этот принцип создания гештальтов, или фигур, воплощающий стремление к дополнению, или завершению, является основой не только процесса восприятия, но и универсальным принципом организации функционирования всех живых организмов. Все, что препятствует или прерывает создание или завершение этих фигур, является вредным для организма и приводит к возникновению так называемых "незаконченных ситуаций", которые требуют завершения. Каждый аспект личности может создать такую фигуру, дополнение и завершение которой означает ассимиляцию и включение в целое. Если в процессе создания и завершения слишком много таких форм (гештальтов) оказывается заблокированным, то личность подвергается дезинтеграции.

Сохранение равновесия в этой сфере является основой психического здоровья. Если человек испытывает нарушение этого равновесия, то возникает мотивация к изменению в собственном функционировании. Следовательно, в отличие от психоанализа, человек мотивируется не влечениями, а незаконченными ситуациями, или незавершенными гештальтами.

2. Функционирование индивида осуществляется посредством процесса саморегуляции, благодаря которому организм удовлетворяет свои потребности (или незавершенные гештальты) и поддерживает равновесие в постоянно меняющихся условиях. Этот процесс совершается постоянно, поскольку очередные ситуации и интеракции с окружением ведут к возникновению новых потребностей (открытых, незавершенных гештальтов) и нарушают временное состояние равновесия. Для эффективного удовлетворения этих потребностей (для завершения гештальтов) необходимо сформирование внутренней иерархии их важности. Когда это наступает, то доминирующая в данный момент потребность может приобрести влияние на ход мышления и поведения, приводящих к ее удовлетворению (то есть к ликвидации завершенного гештальта). Тогда следующая потребность, получившая доминирующую позицию, приобретает влияние на организацию деятельности*.

------

* Когда потребность актуальна, то говорят, что "гештальт открыт", когда же потребность удовлетворена, то говорят, что "гештальт закрыт". Точно так же говорят о "незавершенном гештальте" (неудовлетворенной потребности) или "завершенном гештальте" (удовлетворенной потребности).

Таким образом, если потребность, стимулирующая деятельность, возникает из целостной внутренней организации, то существует возможность мобилизации всей энергии, которой располагает организм, и полной концентрации на предпринимаемых действиях. Однако очень часто дело не доходит до создания четкой иерархии потребностей, и многие из них

стимулируют одновременно разные действия, часто противоположные, и значительная часть энергии подвергается рассеянию.

3. Индивид может существовать только в границах среды, являющейся целостным полем, включающим его и окружение, а его поведение является функцией всего поля. Основой существования индивида является выделение себя из окружения и установление границы контакта, через которую происходит обмен с окружением и которая обеспечивает внутреннюю интегральность.

В области контакта индивид сохраняет свое отличие от окружения, производит отбор и ассимиляцию тех субстанций, которые являются подходящими, и отвергает те, которые не нужны и опасны. Умение проводить различие между этими двумя видами субстанций является условием здорового функционирования и развития индивида. Определение "субстанции" следует здесь понимать в широком значении, охватывающим все то, что может получить личность из окружения, а именно - пища, информация, суждения, оценки, ценности, образцы поведения и мышления и т.д. Различие между тем, что подходит и что не подходит, производится лишь в ходе попыток ассимиляции и основывается на актуальном состоянии способности усвоения данного элемента таким образом, чтобы он стал интегральной частью целого. Поэтому то, что не может быть в данный момент ассимилировано индивидом, оказывается для него неподходящим. В связи с этим особое значение приобретает сам процесс ассимиляции, модель которого, созданная Перлзом, содержит аналогию с едой и пищеварением. Содержания, которые оказались в сфере контакта, должны быть деструктированы, раздроблены и поглощены в том объеме, который представлен потребностями и актуальными возможностями усвоения. В этом случае они становятся собственностью индивида, и он может идентифицироваться с ними. Понимаемая таким образом ассимиляция порождает изменение целостности и является основой развития.

Элементы, которые не подверглись ассимиляции, претерпевают отчуждение и удаление (ликвидацию). В этом процессе существенную роль выполняют агрессивные формы активности, являющиеся эквивалентом разгрызания и разрывания пищи, необходимые для деструктурализации элементов, воспринимаемых из окружения. Такая здоровая агрессивность означает мобилизацию организма относительно появляющихся новых, еще не усвоенных содержаний, а также ликвидацию завершенных гештальтов, с тем чтобы создать возможность постоянной ассимиляции и возникновения новых гештальтов.

Основными способами функционирования индивида в его связи с окружением является контакт и отступление (отказ). Если функционирование протекает без нарушений, то человек стремится к объектам или ситуациям, избирательно выделенным в качестве желательных для организма в целом, и отказывается от ситуаций или дел, воспринимаемых как бесполезные, опасные или утратившие интерес. Следовательно, саморегуляция организма охватывает как управление ритмом контакта и отступления, так и управление процессами ассимиляции и отчуждения в моменты контакта.

4. Характерной чертой гештальт-терапии является внимание к процессам и явлениям, происходящим в организме как целом, а не в отдельных элементах его структуры. Весь организм является субъектом деятельности, охватывающей физические и символические действия. По мнению Перлза, организм как целое реагирует и воздействует на окружение с разной интенсивностью, используя разное количество энергии. Умственная деятельность является деятельностью, вовлекающей всего человека, протекающей на более низком энергетическом уровне, чем физическая деятельность. Человек, пользуясь своей способностью к научению и манипулированию символами и абстрактными понятиями, в своих действиях в некотором смысле замещает одно другим. Он символически делает то, что мог бы делать физически, а переход деятельности из одной формы в другую направляется единым требованиям организма и обстоятельств.

Феноменом целостного функционирования организма также являются эмоциональные проявления. Основой всех эмоциональных проявлений является возбуждение, Отражающее переживание повышения энергетической мобилизации организма. Эмоции представляют собой ответ организма на переживание контакта с новой или возбуждающей ситуацией. Появление на фоне этого усиленного возбуждения каких-то специфических телесных ощущений является началом преобразования его в специфические эмоциональные состояния. Конечной фазой этого процесса является включение сознания, направленного на познание отношений между организмом и средой. Из связи этих трех аспектов - общего возбуждения, специфических телесных ощущений и познавательной ориентации - возникает переживание определенного эмоционального состояния. Искажение любого из этих трех факторов может послужить источником нарушений в этой сфере.

Эмоции могут выполнять две существенных функции в жизни человека: они представляют собой источник важных для организма сигналов и стимул к действию. Переживание

определенного эмоционального состояния является непосредственной оценкой важности задачи, стоящей перед человеком в данное время, ее значения для организма как целого. Отгадывание этого значения посредством уяснения для себя актуального переживания помогает в ориентации и направлении собственной деятельности.

5. Основным процессом, интегрирующим функционирование организма, является осознание. Принцип саморегуляции означает постоянную ориентацию относительно явлений и процессов, происходящих в организме, связи между ними и потоком информации. Чтобы распознавать состояние равновесия и его нарушение, а также находить то, что необходимо для восстановления этого равновесия, организм должен осознавать себя. Понятие "осознание" используется здесь в широком значении, охватывающим "знать", "различать", "отдавать отчет". Этот интегрирующий поток информации, составляющий основу саморегуляции, начинается на уровне, когда мысль еще не облечена в слово. В этом смысле о феномене осознания можно говорить в тех случаях, когда определенные сигналы принимаются всеми структурами организма, например когда организм осведомлен о появлении какого-то вредного фактора (болезнетворные бактерии) и приводит в движение деятельность, направленную на восстановление равновесия (увеличение фагоцитов).Одной из целей гештальт-терапии является расширение осознания, повышение его гибкости и способности к различию разнообразных сигналов организма.

КОНЦЕПЦИЯ НАРУШЕНИЙ

В основе всех нарушений лежит ограничение способности индивида к поддержанию оптимального равновесия со средой, нарушение процесса саморегуляции организма. В гештальт-терапии описывается пять наиболее часто встречающихся форм нарушения взаимодействия между индивидом и его окружением, при которых энергия, необходимая для удовлетворения потребностей и для развития, оказалась рассеянной или ошибочно направленной. Ими являются: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия и конфлуенция. Хотя эти формы, в разной степени выраженные, могут наблюдаться у одного и того же человека, общие их характеристики можно представить с помощью описания лиц, у которых доминирует конкретная форма.

Человек, у которого имеется ИНТРОЕКЦИЯ, блокирует свою энергию путем пассивного восприятия различных элементов среды. Понятия, суждения, нормы, образцы поведения, поступающие из внешнего мира, не подвергаются усвоению и ассимиляции, не становятся интегральной частью этого человека, хотя вообще ни он сам, ни окружающие не дают себе в этом отчета. Наличие таких неусвоенных, "чуждых" элементов представляет собой нагрузку для индивида, не имеющего внутренней опоры. Поскольку эти неассимилированные элементы являются изолированными и часто вступающими в конфликт с чертами его собственной личности, индивид вынужден затрачивать много энергии и внимания для обуздания внутренней раздвоенности и для защиты от угрозы, которую несет в себе дезорганизация личности.

Человек, которому свойственна ПРОЕКЦИЯ, отмежевывается от некоторых аспектов собственной личности и приписывает их окружению. Это связано с ограниченной и ригидной Я-концепцией. Эмоции, установки или элементы поведения, которые не соответствуют и угрожают такой Я-концепции, отчуждаются и проецируются вовне, а возникающие за счет этого "дыры" заполняются с помощью интроекции. С этим механизмом связан отказ от ответственности за какие-то действия или явления, возникающие в самой личности, которые приписываются окружению или безличным факторам путем опредмечивания себя ("что-то толкнуло меня на это", "что-то заставило меня это сделать"). Энергия, которой располагает индивид, направляется ошибочно или тратится впустую, поскольку ею движет ошибочная ориентация в отношении состояния собственной личности и окружения.

Человек, которому свойственна РЕТРОФЛЕКСИЯ ("обращение на себя"), пытается отделиться от окружения и направить на самого себя действия, первичный целью которых была внешняя среда. Это означает снижение энергии, направляемой на попытки изменить и преобразовать среду, что было бы полезно для удовлетворения собственных потребностей, и направление этой энергии вовнутрь. Такими неудовлетворительными потребностями (незавершенными генштальтами) часто являются агрессивные чувства. Ретрофлексия при этом проявляется в мышечных зажимах. Показателем ретрофлексии является использование в речи возвратных местоимений и частиц, например: "Я должен заставить себя сделать это".

Человек, для которого характерна ДЕФЛЕКСИЯ, пытается избежать непосредственного контакта с окружением, другими людьми, проблемами и ситуациями. Дефлексия, или уклонение от реального контакта, может проявиться в форме разговора общими фразами, болтливости, шутовства, избегания смотреть в глаза собеседнику, ритуальности и условности поведения, "сглаживания" конфликтных проблем и т.д. В этом случае энергия рассеивается. Поскольку индивид воздерживается от использования ее в полной мере тогда, когда это необходимо, или не умеет ее сконцентрировать таким образом, чтобы предпринять четко направленное действие. Интеракция с окружением носит случайный характер, удовлетворение потребностей обусловлено так называемым "везением", а индивид прежде всего старается удержаться на поверхности течения каждодневных событий и дел, с чем связано ослабление чувства смысла своего существования вообще.

Если границы между индивидом и окружением стираются и исчезает чувство отличия, мы имеем дело с КОНФЛУЕНЦИЕЙ (слиянием). В таким состоянии пребывает младенец, не способный еще к различению между миром и собой. Также в моменты экстаза, медитации человек может ощущать себя слитым воедино с миром. Чувство слияния и растворения с другими людьми иногда создается ритуальным поведением и полной идентификацией с группой. Однако если такое слияние и стирание границ между собой и окружением становится хроническим, человек утрачивается способность чувствовать, кто же он есть в самом деле и даже, существует ли он вообще, и не способен к контакту ни с окружением, ни с самим собой. По-видимому, некоторые качества психотических переживаний возникают именно из такого состояния. В несколько иной форме феномен патологической конфлуенции выступает в случаях сильной психологической зависимости от других людей.

В понимании гештальт-терапии пациентом является человек, который хронически препятствует самому себе в удовлетворении собственных потребностей и достижении своих целей, делает то, что не идет ему впрок, и не делает того, что было бы для него ценно. Эта формулировка может вызвать некоторые сомнения, так как создается впечатление, что пациент намеренно производит действия, нарушающие его функционирование. В действительности речь идет об акцентировании субъективного характера всех действий человека. Это акцентирование необходимо для создания основы будущего расширения диапазона управления собственным поведением и усиления ответственности за себя. Пациент вообще имеет неадекватные представления о своих особенностях и возможностях, а его прежний опыт не развил в нем внутреннего источника опоры, позволяющего эффективно преодолевать трудности. Процесс саморегуляции протекает у него неэффективно, поскольку его личность расщеплена на множество изолированных частей, а его поведение вытекает из ошибочно направленных усилий и попыток сохранить внутреннее равновесие. Не найдя в себе прочной опоры, возникшей из идентификации с собственным организмом и происходящими в нем процессам, но не в состоянии воспринимать себя в настоящем. Поэтому состояние его таково, что он разрывается между сковывающими воспоминаниями прошлого и пугающими представлениями о будущем. Его сознание наполнено фантазиями в оценке себя и окружающего мира, что препятствует установлению контакта с действительностью. Он часто находится в состоянии экзистенциального кризиса, поскольку чувствует, что его потребности не удовлетворены, цели не достигнуты, а то, что он делает и как живет, он не воспринимает как значимое и имеющее смысл.

По мнению Перлза (1969) ,НЕВРОЗ состоит из 5 уровней (слоев), через которые должен проходить процесс терапии на пути к открытию пациентом своей истинной индивидуальности.

Первый уровень - уровень "фальшивых отношений", уровень игр и ролей. На протяжении своей жизни большинство людей, по мнению Перлза, стремится к актуализации своей "Я-концепции", вместо того, чтобы актуализировать свое "подлинное Я". Мы не хотим быть самими собою, мы хотим быть кем-то другими. В результате люди испытывают чувство неудовлетворенности. Мы не удовлетворены тем, что мы делаем, или родители не удовлетворены тем, что делает их ребенок. Мы с презрением относимся к нашим истинным качествам и отчуждаем их от себя, создавая пустоты, которые заполняются фальшивыми

артефактами. Мы начинаем вести себя так, как будто на самом деле обладаем такими качествами, которые требуют от нас окружение и которые в конечном счете начинают требовать от нас наша совесть, или, как называл ее Фрейд, суперэго. Перлз называет эту часть личности "top-dog".

Top-dog требует от другой части личности - "uter-dog" (праобразом ее является фрейдовское "оно") - жить согласно идеалу. Эти две части личности противостоят друг другу и борются за контроль над поведением человека. Таким образом, первый уровень невроза включает проигрывание не свойственных человеку ролей, а также контролирующие игры между top-dog и under-dog.

ВТОРОЙ УРОВЕНЬ - ФОБИЧЕСКИЙ. Этот уровень связан с осознанием "фальшивого" поведения и манипуляций. Но когда мы представляем себе, какие последствия могут быть, если мы начнем вести себя искренно, нас охватывает чувство страха. Человек боится быть, кем он является. Он боится, что общество подвергнет его остракизму.

ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ - ТУПИК, безвыходное положение. Если в своих поисках в процессе терапии или в других обстоятельствах человек проходит первые два уровня, если он перестает играть не свойственные ему роли, отказывается от притворства перед самим собой, тогда он начинает испытывать чувство пустоты и небытия. Человек оказывается на третьем уровне - уровне тупика - в ловушке и с чувством потерянности. Человек переживает утрату поддержки извне. Но еще не готов или не хочет использовать собственные ресурсы. Хороший пример тупика - брак по расчету. Оба партнера не любят друг друга, но у каждого есть концепция того, каким должен быть другой. Каждый из них почти не знает другого, но другой, так только поведение другого не соответствует тому, что ожидает от него другой, так он испытывает неудовлетворенность и начинает упрекать своего партнера. Они упрекают друг друга, вместо того чтобы осознать, что они в тупике, потому что не любят друг друга, а любят свой имидж, свою фантазию. В результате они придерживаются статус-кво, потому что слишком боятся пройти через тупик.

ЧЕТВЕРТЫЙ УРОВЕНЬ - ИМПЛОЗИЯ. Это уровень, на котором мы можем с горем, с отчаянием, отвращением к себе прийти к полному пониманию того, как мы ограничили и подавили себя. Имплозия появляется после перехода через тупик. На этом уровне человек может испытывать страх смерти или даже такое ощущение, что он умирает. Это моменты, когда огромное количество энергии вовлечено в столкновение противоборствующих сил внутри человека, а возникающее вследствие этого давление, как ему кажется, грозит его уничтожить: человек испытывает чувство парализованности, омертвения, из которого вырастает убеждение, что через минуту должно произойти что-то страшное.

ПЯТЫЙ УРОВЕНЬ - ЭКСПЛОЗИЯ. Достижение этого уровня означает сформирование аутичной личности, которая обретает способность к переживанию и выражению своих эмоций. Эксплозию следует понимать здесь как глубокое и интенсивное эмоциональное переживание, которое приносит облегчение и возвращает эмоциональное равновесие. Перлз наблюдал четыре типа эксплозий. Эксплозия истинной скорби зачастую является результатом работы, связанной с утратой или смертью важного для пациента лица. Результатом работы с лицами, сексуально заблокированными, является переживание оргазма. Два других вида эксплозии касаются гнева и радости и связаны с раскрытием аутентичной личности и подлинной индивидуальности. Переживание этих глубоких и интенсивных эмоций полностью вовлекает организм в процесс отбора и завершения важных гештальтов (потребностей).

КОНЦЕПЦИЯ ТЕРАПИИ

По мнению Перлза, основной целью гештальт-терапии является рост потенциала человека, или повышение его силы и возможностей путем процесса интеграции и развития. Генез эмоциональных нарушений и ограничений возможностей он видит в связи между индивидом и средой. Социально-культурная среда создает разные концепции и модели желаемого поведения, а индивид, чтобы быть принятым, воспринимает различные элементы этих моделей и требований. Делая это, человек научается отказываться от своих чувств, желаний и потребностей, утрачивает связь с природой и руководствуется главным образом расчетом. Он играет перед собой и другими роли, не продиктованные истинными желаниями и переживаниями. Его раздирают внутренние противоречивые требования и ожидания. Он не умеет устанавливать контакт с сами собой и окружением и значительную часть своей активности уделяет поиску какой-либо опоры вне самого себя, поскольку не верит в способность самостоятельно справиться со своей жизнью.

В процессе терапии самым важным вопросом поэтому является мобилизация собственных ресурсов - учиться "стоять на собственных ногах", находить правильные формы связи с окружением. Основную идею концепции изменения индивида можно выразить в следующей формулировке: "изменение наступает тогда, когда становишься тем, кто ты есть, а не тогда, когда пытаешься стать тем, кем не являешься". Это главная идея всей гештальт-терапии.

Целью терапевтической работы является снятие блокирования и стимулирование процесса развития, реализация возможностей и целей, и прежде всего создание внутреннего источника опоры и оптимизация процесса саморегуляции. Основой терапевтического процесса является осознание и переживание контакта с самим собой и окружением. Внимание и активность терапевта сконцентрированы на помощи пациенту в расширении и обогащении осознания и способности переживания своего контакта с тем, что происходит в нем самом и вокруг. Много внимания уделяется повышению осознания различных установок и способов поведения и мышления, которые закрепились в прошлом, а также проверке, каковы их значение и функции в настоящее время. Терапевт не руководствуется при этом определенными установками и не формулирует целей терапии. Вместо этого он создает ситуации для проведения пациентом поиска и экспериментов, в ходе которых он сам находит, что является для него подходящим и ценным, а что - неподходящим и вредным.

Главным принципом является убеждение, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно замена. Это означает, что особое внимание уделяется развитию у пациента готовности и умения принимать решения и делать выбор. В терапевтической группе, например, никого не принуждают и не склоняют к тем или иным действиям. Терапевт только вносит предложения, приглашает к совершению определенных действий, но одновременно следит, чтобы пациент не ощущал принуждения под давлением другого человека или ситуации и осознавал возможности самостоятельного выбора в своей деятельности.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Основным методом психотерапевтической работы в большинстве терапевтических подходов является поведение индивидуальных или групповых бесед, в которых пациенты рассказывают о своих проблемах, недомоганиях, о прошлых событиях, о себе, о других людях. В гештальт-терапии много внимания и усилий посвящается преобразованию рассказа в действие.

Особенности такой формы работы состоят в следующем. Во-первых, такой прием позволяет расширить диапазон конкретного поведения в терапевтической ситуации за счет привлечения многих элементов, отсутствующих при рассказе. Во-вторых, это приводит к изменению объекта концентрации внимания и способа переживания своей деятельности.

Рассказывая о чем-либо, человек сосредоточен на своих проблемах, на прошлых ситуациях и событиях. В гештальт-терапии пациент сосредоточивается на себе как на субъекте, на том, что он делает и как это переживает в конкретной терапевтической ситуации. Это направление концентрации внимания представляется самым важным, поскольку процесс психотерапии направлен на изменение в организации функционирования человека, а вероятным результатом этого изменения будет уже изменение состояния "дел" и "проблем" пациента. Терапевт предлагает и стимулирует такие действия пациента, которые принимают форму активного его экспериментирования с самим собой. Пациент, являясь субъектом таких экспериментов, имеет возможность открывать существенные элементы организации собственного функционирования, испытывать действия, вносящие изменения в этой сфере, и находить опору в самом себе.

Таким образом, каузальному подходу к пониманию опыта Перлза противопоставляет функциональный подход. Иными словами, важно не "почему" происходит то или иное действие, а "как" оно происходит ("как" важнее, чем "почему").

Техники, используемые в гештальт-терапии, группируются вокруг двух главных направлений работы. Их называют принципами и играми. Принципы вводятся в начальной фазе терапии, и их не слишком много, число же игр не ограничено. Принципы не представляют собой собрания жестких указаний, которым должен подчиняться пациент. Они указывают предпочтительные направления поведения и условия, которые благоприятствуют расширению осознания и наиболее полному кон такту с окружением и самим собой.

ПРИНЦИПЫ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

1. ПРИНЦИП "СЕЙЧАС". Принцип "сейчас", или идея концентрации на настоящем моменте, является самым важным принципом в гештальт-терапии. Терапевт часто обращается к пациенту с просьбой определить то, что он в настоящее время делает, чувствует, что с ним и вокруг него происходит в данную минуту. В случае появления в процессе работы материала, связанного с каким-либо важными аспектами личности, предпринимаются усилия перенести этот материал в настоящее в максимально возможной степени. Если пациент рассказывает о каких-то событиях прошлого, то его можно попросить перенести с помощью фантазии действие в

настоящее и излагать события так, как если бы они разыгрывались в данный момент. В таких случаях часто выявляется, как много людей избегают контакта со своим настоящим и склонны углубляться в воспоминания о прошлом и в фантазии о будущем.

2. ПРИНЦИП "Я И ТЫ". Этот принцип отражает стремление к открытому и непосредственному контакту между людьми. Пациенты - и не только пациенты - очень часто свои высказывания, касающиеся других людей, направляют не по адресу, а "в сторону" или "в воздух", выявляя свои опасения и нежелание говорить прямо и не двузначно, избегая истинного контакта с другими людьми.

Боязливое избегание контакта, поверхностная и искаженная коммуникация с окружающими поддерживают чувство изоляции и одиночества пациента. Поэтому терапевт побуждает участников психотерапевтической группы предпринимать попытки к непосредственному контакту и общению, часто просит адресовать конкретные высказывания к конкретным лицам, которых они касаются, обращаться по имени. В первой фазе работы психотерапевтической группы терапевт организует для участников непосредственные ситуации, направленные на установление контакта между отдельными лицами посредством серии коротких вербальных и невербальных упражнений в двойках и тройках.

3. ПРИНЦИП СУБЪЕКТИВИЗАЦИИ ВЫСКАЗЫВАНИЙ. Этот принцип связан с семантическими аспектами ответственности и причастности пациента. Достаточно часто люди говорят о собственном теле, чувствах, мыслях и поведении с определенной дистанции, объективизируя. Например:" Что-то мне давит в горле", "Что-то мешает мне это сделать" и т.д. Часто такой простой прием, как предложение заменить форму высказывания на более субъективную, например, "Я подавляю себя", "Я мешаю себе сделать это ",конфронтирует пациента с существенными для него проблемами избегания ответственности за себя. Обращения внимания на форму высказывания может помочь пациенту рассматривать себя как активного субъекта, а не пассивного объекта, с которым "делаются" разные вещи. Конечно, не достаточно одного учета семантических аспектов высказываний для изменения этой фундаментальной позиции относительно самого себя, тем более что при субъективизации высказываний часто принимается ответственность за деятельность, которую принято считать непроизвольной, как, например, мышление, воспоминания, фантазии, характер дыхания, тембр голоса и т.п. Однако применение этого принципа может помочь в начинании и проведении более глубоких поисков и экспериментов, направленных на повышение способности управлять собственным функционированием.

4. НЕПРЕРЫВНОСТЬ (КОНТИНУУМ) ОСОЗНАНИЯ. Континуум осознания как основа терапевтической работы означает намеренную концентрацию на спонтанном потоке содержания переживаний, полной контроль за тем, что и как происходит в данную минуту. Континуум осознания является неотъемлемой частью всех технических процедур, однако применяется и автономно и часто приводит к неожиданным и значительным для пациента результатам. Это метод подведения индивида к собственному опыту и к отказу от нескончаемых вербализаций,

выяснений и интерпретаций. Осознанность чувств, телесных ощущений и наблюдений представляет собой наиболее определенную часть нашего познания и создает основу для ориентации человека в себе и в своих связях с окружением.

Для иллюстрации применения континуума осознания приводится следующий диалог.

Т: Что ты сейчас осознаешь?

П: Я осознаю, что говорю с тобой, вижу других людей в комнате, осознаю, что она вращается, чувствую напряжение в плечах, отдаю себе отчет в том, что меня охватывает беспокойство, когда об этом говорю.

Т: Как ты переживаешь свое беспокойство?

П: Слышу, что голос мой дрожит, губы пересохли, я говорю запинаясь.

Т: Ты осознаешь, что делают твои глаза?

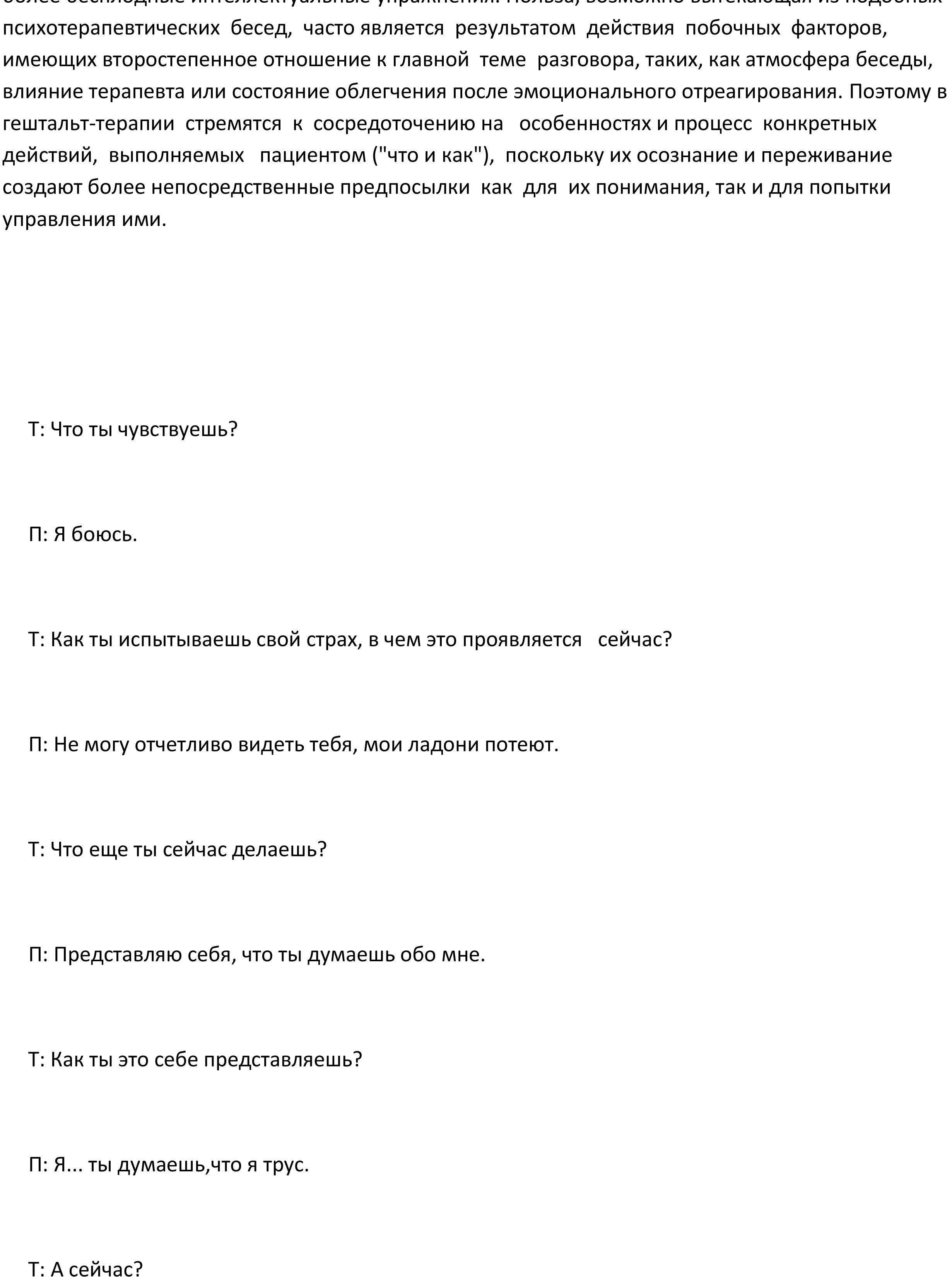
П: Да, сейчас отдаю себе отчет в том, что мои глаза смотрят куда-то в сторону.

Т: Можешь ли ответственно это объяснить?

П:... Я стараюсь не смотреть на тебя.

Использование континуума осознания помогает перенести акцент в терапевтической работе с вопроса "почему" на познание, "что и как" происходит. Это является одним из существенных различий между гештальт-терапией и другими психотерапевтическими подходами, в которых

поиск причины определенного поведения считается наиболее существенной частью терапевтической работы. Однако более пристальное наблюдение за многими продолжительными беседами и рефлексиями, направленными на попытку установить, почему кто-то поступает так, а не иначе, показывает, что даже получение разумных ответов на этот вопрос не приводит к переменам в самом поведении, и часто эти беседы представляют собой не более бесплодные интеллектуальные упражнения. Польза, возможно вытекающая из подобных психотерапевтических бесед, часто является результатом действия побочных факторов, имеющих второстепенное отношение к главной теме разговора, таких, как атмосфера беседы, влияние терапевта или состояние облегчения после эмоционального отреагирования. Поэтому в гештальт-терапии стремятся к сосредоточению на особенностях и процесс конкретных действий, выполняемых пациентом ("что и как"), поскольку их осознание и переживание создают более непосредственные предпосылки как для их понимания, так и для попытки управления ими.



Т: Что ты чувствуешь?

П: Я боюсь.

Т: Как ты испытываешь свой страх, в чем это проявляется сейчас?

П: Не могу отчетливо видеть тебя, мои ладони потеют.

Т: Что еще ты сейчас делаешь?

П: Представляю себя, что ты думаешь обо мне.

Т: Как ты это себе представляешь?

П: Я... ты думаешь,что я трус.

Т: А сейчас?

П: Твой образ совершенно расплывается, вижу как сквозь туман. У меня болит сердце.

Т: Что сейчас себе представляешь?

П: Не знаю... сейчас вижу своего отца. Да, он смотрит на меня и говорит. Он всегда так говорил:" Ты трус и останешься им".

Т: Что ты сейчас чувствуешь?

П: Какая-то путаница внутри, что-то мне мешает.

Т: Попробуй отнестись ответственно к тому, что ты делаешь теперь.

П: Это я сам мешаю себе сейчас, воздерживаюсь...не позволяю себе...

Т: В чем ты пытаешься теперь мешать себе?

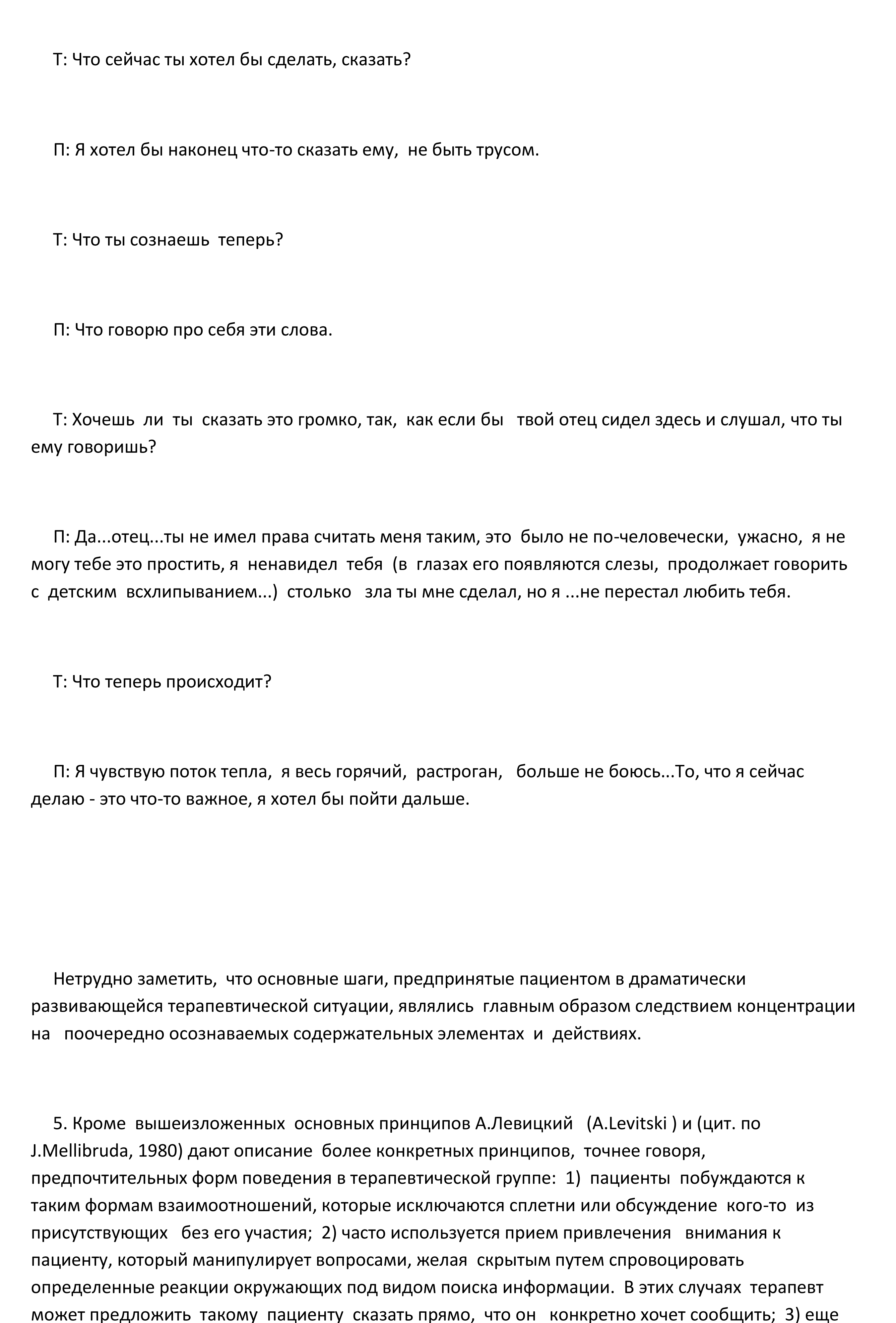
П: Не знаю...

Т: Несколько минут ты сжимаешь и разжимаешь пальцы.

П: Не позволяю себе... сказать ему, что ненавижу его и боюсь.

Т: А теперь?

П: Я немного меньше напряжен, дышу поверхностно. Сильно бьется сердце, как будто я к чему-то готовлюсь, такое состояние готовности.



Т: Что сейчас ты хотел бы сделать, сказать?

П: Я хотел бы наконец что-то сказать ему, не быть трусом.

Т: Что ты сознаешь теперь?

П: Что говорю про себя эти слова.

Т: Хочешь ли ты сказать это громко, так, как если бы твой отец сидел здесь и слушал, что ты ему говоришь?

П: Да...отец...ты не имел права считать меня таким, это было не по-человечески, ужасно, я не могу тебе это простить, я ненавидел тебя (в глазах его появляются слезы, продолжает говорить с детским всхлипыванием...) столько зла ты мне сделал, но я ...не перестал любить тебя.

Т: Что теперь происходит?

П: Я чувствую поток тепла, я весь горячий, растроган, больше не боюсь...То, что я сейчас делаю - это что-то важное, я хотел бы пойти дальше.

Нетрудно заметить, что основные шаги, предпринятые пациентом в драматически развивающейся терапевтической ситуации, являлись главным образом следствием концентрации на поочередно осознаваемых содержательных элементах и действиях.

5. Кроме вышеизложенных основных принципов А.Левицкий (A.Levitski) и (цит. по J.Mellibruda, 1980) дают описание более конкретных принципов, точнее говоря, предпочтительных форм поведения в терапевтической группе: 1) пациенты побуждаются к таким формам взаимоотношений, которые исключаются сплетни или обсуждение кого-то из присутствующих без его участия; 2) часто используется прием привлечения внимания к пациенту, который манипулирует вопросами, желая скрытым путем спровоцировать определенные реакции окружающих под видом поиска информации. В этих случаях терапевт может предложить такому пациенту сказать прямо, что он конкретно хочет сообщить; 3) еще

одной формой коммуникации, к которой иногда поощряются пациенты, является аутоэкспрессия - высказывание определенного содержания главным образом или исключительно с целью получения удовлетворения, вызванного самим фактором высказывания. Для многих пациентов это совершенно новый опыт, способствующий повышению уважения к себе и уменьшению зависимости от реакции окружения.

ИГРЫ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

Эти процедуры называются также "гештальт-экспериментами и представляют собой разнообразные упражнения, основанные на выполнении пациентом некоторых действий, предлагаемых терапевтом. Игры способствуют более непосредственной конфронтации со значимыми содержаниями и переживаниями. А также предоставляют пациенту возможность попыток экспериментирования с самим собой и другими людьми. Следует, однако, помнить, что сама игра содержит только идею действия, в котором заложено начало более развитого процесса работы с пациентом. Сама по себе она не является автономным и ценным элементом терапии. Е.Меллибруда (J.Mtllibruda, 1980) предупреждает о том, чтобы такие упражнения не применялись случайным образом, как это к сожалению часто бывает, без прослеживания интегральности их участия в процессе терапии в целом без учета ситуативного контекста и характера контакта между терапевтом и пациентом.

Ниже приводится наиболее известные игры, применяемые гешатльт-терапевтами.(J.Simkin,1978).

"ДИАЛОГ". Это упражнение связано с вопросом существования внутри личности различных расщеплений, фрагментов, противоположностей. Одной из целей терапии является повышение интеграции функционирования индивида, что требует идентификации расщепленных или противоборствующих фрагментов личности, преодоления внутренних барьеров и установление связи между этими фрагментами.

Когда у пациента наблюдается расщепление, гешатльт-терапевт предлагает пациенту провести эксперимент: отождествиться с каждой частью конфликта по очереди и провести диалог между ними. Внутренний конфликт часто наблюдается при расщеплении личности на две части, так называемые "tog-dog" и "unter-dog", что в свободном переводе может означать "командующий" и "подчиненный". "Tog-dog" приближенно является эквивалентом психоаналитического понятия суперэго, олицетворяет обязанности, требования, оценки. "Unter-dog" олицетворяет пассивно-оборонительные установки, ищет уловки, отговорки, оправдания, обосновывающие уклонения от обязанностей. Довольно часто между этими половинами происходит борьба за власть и полный контроль над личностью.

"Tog-dog" пытается оказать давление угрозой наказания или предсказанием отрицательных последствий поведения, не соответствующего требованиям эго. "Under-dog" не вступает в прямую борьбу, а использует уловки - ему не свойственна агрессивность. Фрагменты диалога между этими частями личности возникают иногда в сознании индивида в различных ситуациях повседневной жизни, когда, например, он пытается заставить себя сделать что-то и одновременно манипулирует разными отговорками и самооправданиями. С помощью систематизированного и искреннего диалога во время упражнения индивид может более полно осознать бесплодные манипуляции, совершаемые над собственной личностью, стать более искренним и способным более эффективно управлять собой.

Подобные диалоги могут проводиться между другими значимыми делениями личности - между агрессивным и пассивным, мужским и женским и т.п. Часто диалог проводится между частями тела, например правой и левой рукой.

ХОЖДЕНИЕ ПО КРУГУ ("РОНДО"). Это упражнение создает условие для выражения определенного содержания или чувства непосредственно каждому участнику писхотерапевтической группы. Пациенту, который сообщает, что испытывает страх к остальным членам группы, может быть предложено поочередно приблизиться к каждому и произнести слова "Я боюсь тебя", а затем добавить какое-нибудь замечание, отражающее особенности его собственных чувств по отношению к данному лицу. Это зачастую позволяет более дифференцированно определять собственные переживания и связи с окружающими. Это также может представлять собой форму значимой работы над собственным отношением к определенному мнению или представлению о себе и других людях. Многократное повторение фразы, выражающей какое-то глубоко укоренившееся убеждение, может способствовать изменению его значения и содержания для пациента. Совершение таких "раундов" в группе может включать также и невербальные действия.

" НЕЗАКОНЧЕННОЕ ДЕЛО". Это упражнение применяется в начале работы. Оно предназначено для улаживания и завершения разного рода дел, ситуаций и действий, начатых в прошлом. У большинства людей есть немало таких неулаженных воспросов, связанных с интерперсональными отношениями с родителями, родственниками и т.д. По мнению Перлза, наиболее часто встречающиеся виды незавершенных вопросов из области этих отношений - это

невысказанные жалобы и претензии. Такие незаконченные дела требуют концентрации внимания и непродуктивно поглощают энергию пациента.

В этой игре пациенту предлагается завершить какое-либо дело, которое до этого было незавершенным. Например, если суть дела в невыраженном чувстве по отношению к члену терапевтической группы, то пациенту предлагают выразить свое чувство напрямую. Если речь идет о чувстве обиды, то предлагается игра, в которой коммуникация ограничена заявлениями, начинающими словами:" Я обижен.."

" У МЕНЯ ЕСТЬ ТАЙНА". В этой игре предпринимается исследование чувства вины и стыда. Каждого из участников терапевтической группы просят подумать о каком-либо важном для него и тщательно хранимым личном секрете. Терапевт просит, чтобы участники не делились этими тайнами, а представили себе, как могли бы реагировать окружающие, если бы эти тайны стали им известны. Следующим шагом может быть предоставление каждому участнику случая похвастаться перед другим, "какую страшную тайну он хранит в себе". Довольно часто оказывается, что многие неосознанно очень привязаны к своим секретам как к чему драгоценному.

ПРОЕКТИВНЫЕ ИГРЫ. Восприятие и суждения пациентов об окружении часто носят характер проекции. Когда пациент считает, что другой человек имеет некую черту или испытывает какое-то чувство, ему предлагают путем эксперимента проверить, не является ли это его проекцией; "примерить" на самого себя эту черту или чувство. Часто пациент обнаруживает, что он действительно испытывает чувство, которое подозревал в других.

Другая игра - "разыгрывание проекции". При этом пациента просят сыграть роль человека, на которого он проецирует свои собственные качества. Например, пациента, который говорит:" Нельзя тебе доверять", можно попросить сыграть роль человека, не заслуживающего доверия, и может оказаться, что таким образом он раскроет свой внутренний конфликт в этой области.

" РЕВЕРСИВНАЯ ИГРА" ("ВЫЯВЛЕНИЯ ПРОТИВОПОЛОЖНОГО"). Одним из способов разрешения некоторых проблем пациента является исследование того, не представляет ли собой его явное поведение противоречие или отрицание глубоких и скрытых желаний. Терапевт может предложить пациенту, жалующемуся на скованность и чрезмерную застенчивость, сыграть роль эксгибициониста. Таким образом, хотя это требует значительного усилия и риска, пациент преднамеренно углубляется в ту область собственных переживаний, которая особенно сильно подавляется собственным его страхом и беспокойством. Это позволяет ему достигнуть более полного контакта с теми сторонами своей личности, которые прежде были скрыты. Другой пример: человека, играющего роль "душки", можно попросить сыграть роль злобного и отгороженного.

" ПРЕУВЕЛИЧЕНИЕ". Большое внимание в гештальт-терапии уделяется так называемому "языку тела". Считается, что физические симптомы более точно передают чувства человека, чем вербальный язык. Ненамеренные движения, жесты, позы пациента иногда являются сигналами важных содержаний. Однако эти сигналы остаются прерванными, неразвившимися, искаженными. Предлагая пациенту преувеличить нечаянное движение или жест, можно сделать важное открытие.

Пример. Скованный, чрезмерно сдержанный мужчина постукивает пальцем по столу, в то время как женщина в группе долго и пространно о чем-то говорит. Когда его спрашивают, не хотел ли он прокомментировать то, о чем говорит женщина, он отказывается, уверяя, что разговор мало его интересует, он продолжает постукивание. Тогда терапевт просит усилить постукивание, стучать все громче и выразительнее до тех пор, пока пациент не осознает, что делает. Его гнев нарастает очень быстро, и через минуту он с силой бьет по столу, горячо выражая свое несогласие с женщиной. При этом он восклицает: "Она точно как моя жена!" В дополнение к этому историческому осознанию он получает мимолетное впечатление о чрезмерном контроле своих сильных утвердительных чувств и возможности более непосредственного и, следовательно, менее брутального их выражения.

"РЕПЕТИЦИЯ". По мнению Перлза, люди тратят много времени, репетируя на "сцене воображения" различные роли и стратегии поведения по отношению к конкретным ситуациям и лицам. Часто отсутствие успеха в действиях в конкретных жизненных ситуациях определяется тем, как данная личность в воображении готовится к этим ситуациям. Такая подготовка в мыслях и воображении часто проходит в соответствии с ригидными и неэффективными стереотипами, являющимися источником постоянного беспокойства и дефектного поведения. Репетиция поведения вслух в психотерапевтической группе с вовлечением других участников позволяет лучше осознать собственные стереотипы, а также использовать новые идеи и решения в этой области.

ПРОВЕРКА ГОТОВОГО МНЕНИЯ. Случается, что терапевт, слушая пациента, улавливает в его словах какое-то определенное сообщение. Тогда он может воспользоваться следующей формулой: "Слушая тебя, у меня возникло одно мнение. Я хочу предложить тебе повторить это мнение вслух и проверить, как оно звучит в твоих устах, насколько оно тебе подходит. Если согласен попробовать, повтори это мнение нескольким членам группы".

В этом упражнении содержится фактор интерпретации скрытого значения поведения пациента, но терапевт не старается сообщить свою интерепретацию пациенту, он только предоставляет пациенту возможность исследовать переживания, связанные с проверкой рабочей гипотезы. Если гипотеза окажется плодотворной, пациент может развить ее в контексте собственной деятельности и опыта.

Приведенные игры представляют собой далеко не полный перечень разнообразных технических процедур, разработанных в практике гештальт-терапии.Эрвин и Мириам Полстер (1973) предложили более систематизированную попытку упорядочить различные технические решения и описали пять главных форм терапевтического экспериментирования. К ним относятся: драматизация, направление поведения, работа с фантазией, работа со сновидениями, домашняя работа.

ДРАМАТИЗАЦИЯ.Эта группа процедур основана на развитии в драматизированной форме определенного аспекта существования пациента, выявляемого им в терапевтической ситуации. Началом этого действия может послужить какое-то высказывание или жест пациента, привлекшие внимание терапевта. В дальнейшем путем анализа содержания, заключающегося в первоначальном высказывании или жесте, пациент в сотрудничестве с терапевтом постепенно подводится к сложному действию в форме вербально-двигательной монодрамы, направленной на полное выявление значения и эмоционального содержания. Терапевт помогает пациенту сосредоточиваться на поочередно возникающих содержаниях, осуществлять поиск соответствующих форм экспрессии, предпринимать действия, стимулируемые очередными переживаниями, раскрыть значение и смысл всей сцены и отдельных ее элементов.

Драматизация может касаться очень разных содержаний и сторон личности пациента, например незаконченных ситуаций из прошлого, актуальных ситуаций, желаний, установок и т.д. Ход некоторых процедур приобретает иногда особенно драматическую форму, однако терапевт не должен стремиться к достижению внешних, "эстетических" эффектов, поскольку желаемый терапевтический результат вызывается не богатством экспрессии, а изменением внутренней системы значений, связанных с выполняемыми действиями.

НАПРАВЛЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ. В некоторых ситуациях терапевт предлагает пациенту выполнить определенные действия, дает инструкции и указания относительно того, что можно сделать в данный момент. Такие инструкции не определяют того, как пациенту следует поступать в жизни, они только указывают направление конкретного поведения во время терапевтической работы. Такой эксперимент вызывает определенные переживания, способные изменить точку зрения пациента на его прежнее поведение, переживания, отношения с людьми.

Например, человека, который при разговоре постоянно как бы стонет (охает), но не сознает звучание своего голоса, терапевт может попросить о намеренном и усиленном стоне во время разговора. Человека с очень тихим и мягким голосом можно попросить говорить так, как если бы окружающие находились на большом расстоянии от него. Тому, кто обыкновенно говорит напыщено и величаво, можно предложить обратиться к другим участникам группы со специальной торжественной речью. Хотя эта процедура содержит некоторые элементы драматизации, однако она ограничена специфическим поведением и направляется инструкцией терапевта. Предложения терапевта предоставляют пациенту возможность испытывать поведение, которое тот избегает или которое является для него новым, трудным. Испытание и проверка этого поведения может раскрыть какие-то важные аспекты его личности. Например,

пациенту, который очень неохотно высказывался в психотерапевтической группе, опасаясь мешать ее работе, терапевт предложил время от времени мешать остальным участникам группы. Он начал вести себя согласно инструкции и действительно мешал работе, однако по мере вовлечения в групповую дискуссию его поведение менялось и в результате превратилось из помехи в конструктивное лидерство. Инструкция терапевта не состояла в научении пациента мешать другим, а представляла ему случай высвободить свою энергию, заблокированную и связанную представлением о себе как непрошеном госте среди других людей.

РАБОТА С ФАНТАЗИЕЙ. В гештальт-терапии существует ряд упражнений с использованием фантазии, иллюстрирующих процесс проекции и помогающих пациентам идентифицировать и в ряде случаев исправлять фрагментарные аспекты их личности. "Старый заброшенный магазин" и другие упражнения были описаны Джоном Стивенсом (1971). Ценность этих упражнений состоит в том, что пациенты могут прикоснуться к тем аспектам своей личности, которые никогда полностью ими не осознавались. Инструкция по выполнению упражнения может быть дана всем членам психотерапевтической группы, а затем участники поочередно сообщают содержание своей фантазии: "Лягте на пол, закройте глаза и расслабьтесь. Представьте, что вы идете вниз по городской улице поздно ночью. Что вы видите, слышите, чувствуете? Вы замечаете маленькую боковую улочку, на которой находится старый заброшенный магазин. Окна его грязные, но, если заглянуть в них, вы можете заметить какой-то предмет. Тщательно его рассмотрите. Отойдите от заброшенного магазина, идите, пока не вернетесь в город. Опишите предмет, обнаруженный вами за окном заброшенного магазина. Затем вообразите себя этим предметом, описывая его от первого лица. Как вы чувствуете себя? Почему вы оставлены в магазине? На что похоже ваше существование в качестве этого предмета? Через несколько минут "станьте собой" и еще раз рассмотрите предмет в окне. Видите ли вы в нем что-нибудь новое? Хотите ли что-нибудь сказать ему?"

Существует много вариантов этого упражнения. Например, пациенты могут представить себе, что они гуляют по старому большому дому, а когда покидают его, уносят с собой какой-то предмет. Или вообразить, что они цветы, и описать свой цвет, форму, соцветия, почву, на которой произрастают, то, как они ощущают солнце, дождь, ветер. Идентифицируясь с предметами, мы проецируем на них какие-то свои личностные аспекты.

РАБОТА СО СНОВИДЕНИЯМИ. Большое внимание уделяется гештальт-терапевтами работе над сновидениями. Перефразируя Фрейда, Перлз говорил, что "сон - это королевская дорога к интеграции личности". В отличие от психоаналитиков, гештальт-терапевты не интерпретируют сновидения, а "прорабатывают" их. Перлз считал, что сновидение - это проекция нашей личности, а отдельные элементы сновидения - отчужденные части нашей личности. Для достижения интеграции необходимо совместить различные элементы сновидения, признать своими спроцированные, отчужденные части личности. С помощью "проработки" отдельных элементов сновидения посредством отождествления с ними и произнесения от имени монологов обнаруживается скрытое содержание сновидения через его переживание. Пример работы со сновидением. Тревожная, доминирующая, манипулятивная женщина видит во сне, что она идет по извилистой дорожке в лесу с высокими деревьями. Становясь одним из этих

деревьев, она чувствует себя более спокойной и имеющей глубокие корни. Возвращаясь в настоящую жизнь, она испытывает недостаток этих чувств и возможность их обретения. Когда она становится извилистой дорожкой, ее глаза наполняются слезами, так как она начинает интенсивно переживать извилистость своей собственной жизни и, опять, возможность в какой-то степени кк выпрямления.

Еще один пример, иллюстрирующий помимо того игру "преувеличение" (собственное наблюдение,1991). Молодой замужней женщине снится, как какой-то мужчина выгуливает собаку. Когда пациентка отождествляется с собакой, ее поведение меняется - она становится более вовлеченной, экспрессивной и спонтанной. Произнося монолог:" Я собака, у меня есть хозяин...", она вдруг задает вопрос, который для нее самой кажется неожиданным и значимым: "Зачем ты меня держишь?" Продолжая монолог, пациентка совершает стереотипное движение рукой в области шеи, напоминающее стряхивание. На вопрос терапевта о том, что сейчас делает ее рука, недоуменно отвечает: "Не знаю". По предложению терапевта усиливает это движение и повторяет его много раз (при этом лицо все больше и больше искажается страдальческой гримасой) до тех пор, пока вдруг не останавливается и не восклицает: "Это ошейник! Я пытаюсь сбросить с себя ошейник!" Это открытие расценивается пациенткой как маленький "проблеск" осознания. На вопросы участников терапевтической группы, кого, по ее мнению, олицетворяет мужчина, она отвечает, что это скорее аллегорический образ, за которым стоит и ее отец, и ее муж.

Некоторые терапевты развивают работу над сновидением настолько, что она вовлекает помимо увидевшего сон и других членов терапевтической группы. Работа над сновидением становится тогда внешне похожей на театральное представление, в котором участники группы играют различные части сна. Это дает возможность драматизировать такие аспекты сновидения, которые могут иметь отношение к остальным членам группы.

ДОМАШНЯЯ РАБОТА. Действия пациента и терапевта во время очередных занятий не создают условий, необходимых для глубоких терапевтических перемен. Они являются источником важных переживаний, мобилизующих процесс изменения, однако они требуют продолжения и развития в нормальных условиях повседневной жизни. Поэтому гештальт-терапевт продолжает сотрудничество с пациентом за пределами терапевтического кабинета.

Домашняя работа пациента должна быть направлена на определенную область его конфликта. Терапевт может, например, предложить пациентам следующие действия: ежедневно хвалить себя перед каким-то человеком; договориться о свидании с девушкой моложе себя; рассказать жене все, что было с ним в течение дня; записывать ежедневно в течение получаса любые мысли, приходящие в голову в связи с диссертацией, независимо от пользы такой информации, и т.п. Подобные предложения всегда связаны с направлением поисков пациента, склоняют его к ситуации, в которых возможна конфронтация с некоторыми аспектами собственной личности, блокирующими его действия или осознание.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕШЬАЛЬТ-ТЕРАПИИ

Гештальт-терапия традиционно рассматривается как наиболее эффективный метод лечения "чрезмерно нормативных, социально скованных, сдержанных индивидов" (то есть тревожных, фобических, депрессивных пациентов и лиц, склонных к перфекционизму), ограниченное функционирование которых связано с наличием "внутренних блоков" (I.Shepherd,1970). Такие люди обычно получают мало удовольствия от жизни.

Хотя Shepherd довольно точно очерчивает круг проблем, при которых гештальт-терапия наиболее эффективна, современная клиническая практика гешатальт-терапии включает лечение гораздо более широкого диапазона проблем.

Гештальт-терапия в форме перлзовской "мастерской" имеет более ограниченное применение, чем гештальт-терапия в целом. Обсуждая вопрос о применении гештальт-терапии, Shepherd отмечает ограничения, которые относятся к любому терапевту, но в большей степени касаются "мастерской", а также терапевтов, не имеющих достаточного опыта работы с тяжелыми пациентами.

Работа с пациентами, страдающими психозами и другими серьезными нарушениями, является более трудной и требует "осторожности, чувствительности и терпения". Таким пациентам нужна поддержка терапевта и пусть небольшая вера в собственные способности исцеления перед тем, как они начнут интенсивно переживать переполняющие их боль, ярость и отчаяние, лежащие в основе психологических процессов.

Работа с такими сложными пациентами требует опыта сбалансированного использования поддержки и фрустрации, применения дополнительных средств (таких, как дневное лечение и фармакотерапия) и т.д.

Гештальт-терапия с успехом применяется при лечении многих "психосоматических" расстройств, включая мигрень, язвенный колит, спазмы шеи и спины. Гештальт-терапевты успешно работают с супружескими парами, с пациентами, имеющими трудности во взаимодействия с авторитетными фигурами, и широким спектром интрапсихических конфликтов.

ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ. Гештальт-терапия приобрела репутацию в основном группового метода лечения. Групповая гештальт-терапия практикуется в двух формах:

1. Центрированный на пациенте вариант. Здесь имеет место работа терапевта в диаде с пациентом на фоне группы ("один на один"). Других членов группы просят воздержаться от интеракций, пока работа не закончится. О пациенте, с которым проводится работа, говорят, что он сидит на "горячем стуле" (из-за интенсивности эмоций, которые он при этом испытывает). Напротив "горячего стула" располагают "пустой стул". Пациенту часто предлагают провести диалог, например поговорить со значимым для него человеком, как если бы тот сидел на пустом стуле. Пациента просят развить диалог по своему собственному сценарию, меняясь с воображаемым собеседником местами и произнося реплики от его имени. После окончания эксперимента другие участники группы делятся своими переживаниями. Эта обратная связь служит источником группового взаимодействия (интеракции). При этом становится очевидным, что другие члены группы идентифицируются с пациентом, занимающим "горячий стул", и проделывают большую самостоятельную работу над своими собственными проблемами, осознавая незаконченные ситуации или фрагментированные части своей личности. Это помогает также другим участникам распознавать свои неадаптивные позиции и стереотипы поведения.

2. Центрированный на группе ("интеракционистский") вариант. Этот метод работы включает интеракции всех участников группы. Наблюдая за интеракциями пациентов, терапевт, исходя из контекста конкретной терапевтической ситуации, время от времени просит того или иного участника группы занять "горячий стул" или "совершить круг" с целью выполнения какого-либо упражнения (гештальт-эксперимента).

Имеются определенные ограничения того, что может быть расценено как ценное или значимое во взаимодействии участников группы. Интеллектуализация, психологизация, советы считаются пустой тратой времени и энергии. Всякие попытки втиснуть поведение индивида в теоретические рамки - анализировать и объяснять его на основе психологической теории - неуместны. В гештальт-терапии "объяснения" расцениваются как "извинения" за избегание настоящего. Пациентов побуждают концентрироваться на том, что они переживают и как они действуют в ситуации "сейчас".

В группе создается атмосфера безопасности принятия риска в экспериментировании нового поведения. Позиция открытого самовыражения дает возможность участникам группы устанавливать аутентичные отношения друг с другом. Самовыражение пациентов всячески

поощряется терапевтом. Попытки убеждать другого, навязывать свое мнение или точку зрения расцениваются как манипуляции, которые уводят от подлинных отношений. Игры и другие гештальт-процедуры, предлагаемые терапевтом, предназначены для усиления осознания "здесь-и-сейчас", а также развития аутентических отношений между участниками группы.

"МАСТЕРСКАЯ" ("WOKSHOP"). Эта форма групповой деятельности ограничена временными рамками, иногда до одного дня. Мастерские, устраиваемые в конце недели, могут длиться от 10 до 20 или более часов. Более продолжительные мастерские длятся от одной недели до нескольких месяцев. Типичная мастерская конца недели состоит из одного терапевта и 12-16 членов группы. Если мастерская длится более недели, то в ней могут учавствовать 20 человек, но в таком случае обычно присутствует котерапевт.

Так как мастерская ограничена определенными сроком, а участникам предоставляется много времени, то обычно в этих группах отмечается высокая мотивация "работать". Иногда устанавливается правило, согласно которому никто не может повторно быть в центре внимания группы, пока каждый из участников один раз не поработает со своими проблемами. Когда такого правила нет, то "нахальство" некоторых членов группы позволяет им несколько раз стяжать интенсивное терапевтическое внимание к своей личности.

Специфической особенностью гештальт-терапии является тот факт, что возможность ее применения не ограничивается только работой с пациентами и собственно лечением. Эта терапия становится также эффективным методом воспитательной работы, помогающим здоровым людям в личностном росте и в реализации их потенциальных возможностей. Этим гештальт-терапия обязана в значительной мере своей популярностью вне клинической среды и включением ее методов и идей в течение гуманистической психологии и "движения за актуализацию человеческого потенциала".

ЛЕКЦИЯ ВОСЬМАЯ Лекция 8

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Создателем патогенетической психотерапии является выдающийся русский психиатр и психолог Владимир Николаевич Мясищев (1893-1973). Свой метод он развил на основе разработанной им концепции психологии личности. В государственном архиве сохранился фундаментальный доклад В.Н.Мясищева "Проблемы личности в психологии и психопатологии", с которым он выступил в июне 1935 года. Автор подчеркивал: "Личность человека рассматривается и характеризуется нами в первую очередь с точки зрения ее сознательных отношений к окружающей действительности, в отличие от обычного понимания, рассматривающего ее как систему функций". (цит. по Л.И. Вассерман, В.А.Журавлев,1994,с.19). Таким образом, к середине 30-х годов В.Н.Мясищевым была сформулирована собственная концепция психологии личности и методов ее изучения и воздействия на нее в целях лечения или воспитания. Концепция невроза и патогенетической психотерапии были изложены В.Н.Мясищевым в двух статьях того же времени: "О патогенезе и структуре невроза" (Труды Всеукр.съезда психоневрологов,1934) и "О генетическом понимании психоневрозов" (Советская невропсихиатрия,т.2, 1939).

В развитии патогенетической психотерапии можно выделить три этапа. Первый этап связан с деятельностью самого В.А. Мясищева, его учеников и последователей (Р.Я.Зачепицкий, Б.Д.Карвасарский, В.К.Мягер, Е.Е.Плотникова, В.Д.Столбун, А.Я.Страумит, Е.К.Яковлева и др.) и характеризуется разработкой модели индивидуальной патогенетической психотерапии. Второй этап (70-80-е годы) - развитие модели групповой патогенетической психотерапии - связан с деятельностью Б.Д.Карвасарского и руководимого им коллектива (Г.Л.Исурина, Е.В.Кайдановская, В.А.Мурзенко, В.К.Мягер, В.А.Ташлыков и др.).Наконец, третий, современный этап (90-е годы), ознаменован попытками создания интегративной модели патогенетической психотерапии; работы в этом направлении также выполняются коллективом психотерапевтов и медицинских психологов, возглавляемым Б.Д.Карвасарским (А.А.Александров, Л.М.Кульгавин, В.А.Ташлыков, А.П.Федоров, Э.Г.Эйдемиллер, А.М. Ялов и др).

Другим названием патогенетической психотерапии является "личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия". В этом новом названии, предложенном Б.Д.Карвасарским (1985), отражается цель патогенетической психотерапии, подчеркивается ее ориентация на личностное изменение, реконструкцию нарушенной системы отношений. Старое же название - патогенетическая психотерапия" - все более употребляется теперь в историческом контексте и привязывается к первому этапу ее развития.

ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ В.Н.МЯСИЩЕВА

Владимир Николаевич Мясищев родился в городе Фридрихштадте (Лифляндская губерния России) в семье юриста, выпускника Императоского Харьковского университета, долгое время работавшего в Лифляндии мировым судьей. Мать В.Н.Мясищева была дочерью врача. В.Н.Мясищев рано потерял отца, и семье пришлось переехать в г.Николаев, где он и окончил Александровское реальное училище в 1912 году. Разносторонне одаренный юноша поначалу стремился к музыкальной карьере, но травма руки, полученная при падении с лошади, помешала осуществить желаемое. В 1912 году он поступает на медицинский факультет С.-Петербургского психоневрологического института, на первом курсе которого увлекается лекциями и семинарами профессора психологии, доктора медицины, выдающегося русского психолога А.Ф.Лазурского. В 1914 году появилась первая научная работа В.Н.Мясищева - "научно-характерологический анализ литературных типов" (по трилогии Л.Н.Толстого "Детство, отрочество, юность"). Психоневрологический институт В.Н.Мясищев закончил в 1919 году, ибо ему, ввиду денежных затруднений, приходилось работать, прерывая учебу. В.Н.Мясищев не без гордости писал, что в 1919 году "по предложению академика В.М.Бехтерева, который меня знал по студенческой работе, я приехал в Петроград и был зачислен по окончании института и.о. ординатора на кафедру психиатрии". (цит, по А.М.Шерешевскому,1994). Работая на этой кафедре, Мясищев одновременно являлся врачом-интерном Воспитательно-клинического института для нервнобольных детей, которым руководил В.М.Бехтерев.

В 1921 году В.Н.Мясищев одновременно стал работать в качестве научного сотрудника, затем действительного члена, профессора и заведующего сектором психиатрии. В те же годы В.Н.Мясищев начал самостоятельную преподавательскую деятельность, читая курсы индивидульной и общей психологии в Педагогическом институте им.А.И.Герцена, а с 1945 года он состоял бессменным профессором Ленинградского университета, где читал курс

психопатологии и психологии. На протяжении всей своей трудовой деятельности В.Н.Мясищев являлся сотрудником Писхоневрологического института, а с 1939 года на протяжении около 20 лет В.Н.Мясищев был директором этого учреждения, носящего теперь имя В.М.Бехтерева. Клиническая практика В.Н.Мясищева протекала здесь же, в созданном им еще в 20-е годы отделении неврозов и психотерапии. Коллектив этого отделения, возглавляемый учеником В.Н.Мясищева Б.Д.Карвасарским, продолжает развивать учение В.Н.Мясищева, разрабатывая различные аспекты патогенетической психотерапии.

Ранние работы В.Н.Мясищева посвящены исследованию трудовой деятельности человека и трудовому воспитанию детей. Он обосновывал необходимость особой научной дисциплины - эргологии, признанной комплексно изучать процессы труда на основе данных психологии, физиологии, педагогики и других наук.

Затем последовал целый ряд его разработок в области нейрофизиологии: работы по типологии сочетательно-рефлекторной деятельности человека, работы по изучению кожно-гальванических показателей нервно- психического состояния человека. Однако непреходящее значение для психологии, медицины и педагогики имеет разработанная В.Н.Мясищевым концепция отношений личности в норме и патологии.

В.Н.Мясищев опубликовал свыше 250 работ, в том числе 3 монографии. Особенную известность получил труд "Личность и неврозы", представляющий собой собрание избранных статей, удостоенный в 1960 году премии им.В.М.Бехтерева.

Признанием заслуг В.Н.Мясищева государством было избрание его в 1964 году членом-корреспондентом Академии педагогических наук СССР, а также присвоение ему в том же году почетного звания "Заслуженный деятель науки РСФСР".

ПСИХОЛОГИЯ ОТНОШЕНИЙ

При изложении своей концепции В.Н.Мясищев придерживается методического принципа изучения природы: изучение ее объектов в процессе их взаимоотношения с окружающим миром. Естественно, что и человек в его свойствах и возможностях познается в соотношении с

объективной действительностью. В отличие от животных, в соотношении с окружающим человек выступает в роли субъекта - деятеля, сознательно преобразующего действительность. Изучение человека в его соотношении с окружающим выявляет его особые качества и позволяет раскрывать его внутренний мир.

Необходимо различать понятия соотношение и отношение. Соотношение имеет в виду связь, в которой не выступает различие роли двух объектов связи. Понятие же "отношения" возникает там, где есть субъект и объект отношения. Именно у человека такой характер связи выступает с полной отчетливостью, животное же (здесь В.Н.Мясищев цитирует К,Маркса и Ф.Энгельса) не относится ни к чему и вообще не "относится" - для животного его отношение к другим не существует как отношение.

Отношения человека представляют собой, по В.Н.Мясищеву, сознательную, избирательную, основанную на опыте, психологическую связь его с различными сторонами объективной деятельности, выражающуюся в его действиях, реакциях и переживаниях.

ВИДЫ ОТНОШЕНИЙ. Отношения как связь субъекта с объектом едино, но в многообразии отношений выступает более или менее отчетливо отдельные компоненты, которые В.Н.Мясищев называет также частичными отношениями, сторонами отношения, или видами его. Эти стороны тесно связаны с характером жизненного взаимодействия, включающего самые различные моменты от обмена веществ до идейного общения. В.Н.Мясищев различает две основные стороны единого предметного отношения, которые глубоко коренятся в филогенетическом и историческом прошлом человека.

Одну сторону основного отношения представляют ПОТРЕБНОСТИ. Потребности одними авторами рассматривались как самостоятельная психологическая категория, другими – относились к волевым проявлениям, третьими - включались в систему характеристики личности. Хотя все эти точки зрения имеют частичное основание, но наиболее правильно, по мнению В.Н.Мясищева, рассматривать потребности в системе отношений к действительности. Потребности, по В.Н.Мясищеву, представляют собой конативную (волевую) тенденцию индивида к овладению объектом. Потребности относятся к отношениям потому, что составляющими компонентами этого понятия являются:

а) субъект, испытывающий потребность;

б) объект потребности;

в) своеобразная связь между субъектом и объектом.

В основе этой связи (отношения) лежит определенная функциональная нейродинамическая структура, проявляющаяся в тяготении к объекту и в активной устремленности к овладению им.

Вторую сторону основного отношения представляет ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ОТНОШЕНИЕ. На ранних (примитивных) стадиях эволюции отношения носят еще недифференцированный характер. В процессе развития на уровне еще не сознаваемых отношений высокоорганизованного животного (собака, обезьяна) вычленяется вторая сторона первоначального двуединого (эмоционально-волевого) отношения - эмоциональное отношение. У человека оно проявляется в привязанности, любви, симпатии и их противоположностях - неприязни, вражды, антипатии. Эмоциональная сторона отношения относилась в психологии к категории чувств. По мнению В.Н.Мясищева область чувств (эмоций) охватывает три разнородных группы явлений - эмоциональные реакции, эмоциональные состояния и эмоциональные отношения. Дружба, любовь или неприязнь и ненависть не могут быть отнесены ни к эмоциональным реакциям, такие, как гнев, трах, тоска, ни к эмоциональным состояниям, таким, как удовольствие или неудовольствие.

В каждом психологическом факте в той или иной степени включены три аспекта, или три компонента, душевной деятельности - познавательный, волевой и эмоциональный, а в различных видах процессов психической деятельности , состояний и отношений они выступают различно. В.Н.Мясищев одной из важных проблем психологии считал разработку вопросов структуры в области психических образований, в частности в области отношений.

Ряд отношений выступает у человека как относительно самостоятельные образования. Сюда относятся интересы, оценки и убеждения. В.Н.Мясищев ссылается на ряд исследований, в которых интерес рассматривается как особый вид отношения, в частности отношения к образованию, работе и т.д.

Ответственное отношение к своим обязанностям является выражением морально-правовых отношений человека. Ответственное отношение к своим обязанностям, вырастая из требований родителей, учителей, начальников, становится долгом, совестью. Моральное формирование личности основывается не только на требованиях, но и на знании образцов и на процессе сопоставления своих действий и поступков с образцами, с оценкой. Этот внутренний процесс приводит к образованию ОЦЕНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ, формирующихся в связи с этическими, эстетическими ,юридическими и другими критериями поступков и переживаний человека.

Система требований в сочетании со знанием действительности, особенно общественной, формирует УБЕЖДЕНИЯ человека, которые не только являются представлением о том, какова фактически существующая действительность, но и выражает представление о том, какой она

должна быть. В соответствии с убеждениями формируются эмоциональные реакции и активная (волевая) готовность бороться за осуществление сложившихся убеждений в жизни.

В.Н.Мясищев неоднократно обращал внимание на недостаточную разработанность проблемы отношений, а также на отграничение ее и связь с близкими, но не тождественными понятиями. Сюда относится направленность, которая представляет собой доминирующее, т.е. господствующее и определяющее отношение. В.Н.Мясищев пользовался также термином значимость. В преимущественно социальной психологии встречается термин ценностная ориентация, соответствующий понятию оценочных отношений. Достаточно широкое распространение получил термин позиция, которым иногда пользовался и В.Н.Мясищев. Близким является также понятие установки Д.Н.Узнадзе, то есть готовности человека к определенной реакции - бессознательной и основанной на потребности. Во всех этих понятиях, указывает В.Н.Мясищев, нет полной согласованности, но видны поиски целостного и обобщающего подхода к исследованию человека с связи с окружающей его по большей части социальной средой.

ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТИ

В.Н.Мясищев характеризует личность прежде всего как систему отношений человека к окружающей действительности. Самое главное и определяющее личность - ее отношения к людям, являющиеся одновременно взаимоотношениями. В этом пункте субъективное отношение, отчетливо проявляясь в реакциях и действиях, обнаруживает свою объективность, а индивидуально-психологическое становится социально-психологическим. Поскольку отношения определяют действия, реакции и переживания человека, они являются движущей силой личности.

Психологи неоднократно отмечали, что у личности могут преобладать органические, личные или общественные цели, мотивы или потребности. В связи с этим, характеризуя личность, обычно говорят о ее направленности. В.Н.Мясищев считает этот термин не вполне удовлетворительным. По В.Н.Мясищеву, в сущности речь идет о доминирующих отношениях, то есть о большей или меньшей активности, реактивности, аффективности в отношении к тем или иным объектам. Подобно тому как объекты окружающей действительности имеют разную важность для человека, в системе его отношений имеется иерархия господствующих и подчененных отношений. Эта система постоянно меняется, развивается, но всегда

определяющую роль играют отношения между людьми, в целом обусловленные структурой общества.

В.Н.Мясищев выделяет четыре компонента характеристики личности.

1. ДОМИНИРУЮЩИЕ ОТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ. С вопросом о доминирущих отношениях связаны вопросы о том, для чего живет данный человек, что для него является смыслом жизни: руководит ли им социальный идеал блага или цели личного преуспевания, или человек не ставит перед собой отдаленных задач и целей, еле справляясь с повседневными заботами. Тесным образом связана с проблемой личности, ее целей, отношений проблемы счастья.

2. ПСИХИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ ЧЕЛОВЕКА. Это не только уровень его желаний, но и уровень его достижений. Определить данный уровень - значит ответить на вопросы: чего достиг человек, каковы его возможности, какой след он оставил в жизни общества, иначе говоря, каково историческое значение личности. Богатство личности определяется богатством ее опыта. Это богатство прежде всего общественно-трудового, культурного опыта, основанного на богатстве общественных связей в широком смысле слова.

Богатство личности, выражая уровень ее развития, неразрывно связано с ее сознательностью и ее самосознанием, под которым подразумевается способность личности правильно отражать действительность в ее настоящем и прошлом, а также предвидеть будущее, правильно оценивать себя самого и свое место в действительности.

Уровень развития личности одновременно является уровнем развития ее функциональных возможностей, ее интеллектуальных, волевых и эмоциональных свойств.

Аспекты общественного и культурного развития личности полностью не совпадают. Общественное развитие человека выражается той ролью, которую играют в его поведении общественные интересы по сравнению с личными. Культурный же уровень личности выражается соотношением идейных элементов индивидуального опыта и органических ("витальных") импульсов поведения.

3. ДИНАМИКА РЕАКЦИЙ ЛИЧНОСТИ. Она соответствует тому,

что в психологии называется темпераментом или в физиологии И.П. Павлова типом высшей нервной деятельности.

В.Н.Мясищев подчеркивает, что, во-первых, темперамент проявляется во всех сторонах личности, в том числе в ее интеллектуальной и идейной жизни; во-вторых, темперамент обнаруживается лишь в области активных отношений личности; в-третьих, темперамент также может меняться под влиянием жизненных условий.

4. ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ, ИЛИ ОБШАЯ СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ. Сюда относятся пропорциональность, гармоничность, целостность личности, ее широта и глубина, ее функциональный профиль, то есть соотношение различных свойств психики или то, что по преимуществу называют характером личности.

Эта сторона важна для понимания таких волевых и моральных свойств, как устойчивость, настойчивость, выдержка, самообладание, отзывчивость, внимание к человеку, принципиальность, честность и противоположные им отрицательные качества. В названных свойствах, как в едином узле, связываются доминирующие отношения человека с уровнем его развития в целом, в отдельных сторонах и в динамике темперамента.

Разрабатывая теорию личности, В.Н.Мясищев уделяет внимание также вопросу ее развития.

Проблему развития личности В.Н.Мясищев связывает с характеристикой ее отношений на разных этапах развития. Существенным для определения уровня развития является структура отношения к действительности. В ранней стадии у ребенка собственно нет отношений, его реакции обусловлены импульсами непосредственного удовлетворения своих органических влечений. В дальнейшем развитии они крайне неустойчивы, импульсивны, непосредственно обусловлены аффективным состоянием или аффективной реакцией, вызываемой предметами и лицами окружающей действительности. Еще дальше завязываются определенные отношения с действительностью, имеющие еще непосредственно-эмоциональный, конкретно-личный характер, определяясь привязанностью или враждой, интересом и т.д. Параллельно с формирующимся сознанием объективной действительности у ребенка возникает объективная мотивировка отношений, и он начинает действовать в силу сознания необходимости подчинять непосредственные побуждения, желания и эмоции опосредованным мотивам. На самом высоком уровне развития в связи с ростом его общественных связей, с развитием абстрактного мышления его отношения расширяются, приобретают осознанно мотивированный, принципиально обоснованный характер, причем внешне требования осознаются личностью как необходимость, и, подчиняясь им, принимая их, личность делает их внутренним принципом своего поведения.

Первые шаги развития ребенка протекают обычно в семейной среде. Здесь устанавливаются первые общественные связи. В дальнейшем развитие ребенка может пойти путем расширения положительных общественных связей, переключения в более широкую общественную среду, например, школьную. Общественный контакт, его прочность, устойчивость или хрупкость, его объем, широкий, ограниченный, или избирательный, замкнутость, сосредоточенность на себе, индифферентизм, агрессивные установки - все обусловлено опытом общественного развития ребенка. Поведение, исходящее из мотивов личного или общественного интереса, в частности общего интереса детей одной школы, профессиональной группы, народа или класса, отражает

одновременно и уровень развития отношений, то есть общественного сознания, и их направленность. Это отношение, формируясь в процессе общественно-трудового опыта и в связи с его особенностями, отливается в систему взглядов материально-реалистическую или мистически-идеалистичекую.

Способ включения в общественную деятельность, в частности степень, форма, возраст привлечения к труду, радикально отражается на всем взаимоотношении личности и действительности, рано формирует рабочие или паразитарные установки, трезвый или мистически-нереальный взгляд на вещи, действительность или пассивность - словом, всю структуру личности ребенка.

В общем виде проблему движущей силы развития человека В.Н.Мясищев рассматривал с философски-психологической точки зрения следующим образом. В процессе развития слепые силы влечения организма превращаются в осознанные потребности, инстинктивные приспособления к природе и социальной среде становится все более сознательным и планомерным, включающим не только приспособление к действительности, но и преобразование ее.

Развитие есть постоянная борьба противоположностей. Одной из сторон развития личности является нарастание и обогащение системы ее возможностей и потребностей (требований к жизни). Вместе с тем предъявляет ряд требований к человеку и предоставляет ему определенные возможности окружающая действительность. Борьба и единство противоположностей здесь заключается в том, что жизнь создает меняющиеся условия (общественные требования и возможности), которые сталкиваются с имеющимися у человека потребностями и его внутренними возможностями и побуждают его к освоению нового и переделке самого себя, в результате чего у него возникают новые потребности и новые внутренние возможности. Личность, изменяясь, развивается, меняется и характер ее отношения к действительности. Но последняя также меняется. Весь этот спиралевидный процесс развития с наполняющими его борьбой, процессами овладения и преодоления составляет основное содержание развития личности, в ходе которого она выступает не пассивным объектом, а все более активным и сознательным субъектом.

КОНЦЕПЦИЯ НЕВРОЗА

1. НЕВРОЗ - ПСИХОГЕННОЕ РАССТРОЙСТВО

В.Н.Мясищев рассматривал невроз прежде всего как функциональное, психогенное нервно-психическое заболевание,

вытекающее из тяжелых переживаний личности, неразрывно связанных с условиями ее жизни. Здесь возникают следующие вопросы:

1) какие переживания или какие качества переживаний являются патогенными;

2) при каких условиях переживания становятся патогенными;

3) когда из переживания возникает болезненное состояние;

4) какова нейрофизиологическая природа переживания.

1. КАКИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ИЛИ КАКИЕ КАЧЕСТВА ПЕРЕЖИВАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ ПАТОГЕННЫМИ

Ответ о том, что патогенным является тяжелое, потрясающее переживание, является неверным.

Во-первых, тяжелые потрясающие переживания в ряде случаев, как они ни тяжелы, как остро и глубоко ни переживаются личностью, не вызывают невроза - поэтому надо отличать сильное или потрясающее переживание дает быстро проходящее болезненное состояние, которое следует отличать как реакцию от невроза.

Опыт показывает, что источники патогении весьма многообразны. Попытка привести их к одному знаменателю – обычно искусственна. То, что не патогенно для одного, патогенно для другого, и, наоборот, то, что для первого патогенно, для второго оказывается безвредным.

В связи с этим в формулу роли переживания В.Н.Мясищев вносит существенную поправку: при более глубоком анализе переживание оказывается производным от личности переживающего и само должно быть объяснено ее особенностями.

Человек связан с действительностью многообразными связями: любовь, дружба, вражда, обязанности, принципы, привычки и т.д. Некоторые из них более значимы, другие менее.

Достаточно взглянуть на любое глубокое переживание человека, чтобы убедиться в том, что в основе переживаний лежат взаимоотношения человека с различными сторонами окружающего, что болезненные переживания являются лишь следствием нарушенных взаимоотношений.

Потеря работы, клевета, измена супруга, смерть ребенка, неудача в достижении цели, уязвленное самолюбие и т.п. - являются источником болезненного переживания лишь в том случае, если они занимают центральное или по крайней мере значимое место в системе отношений личности к действительности. Их значимость является условием аффективного напряжения и аффективной реакции.

2. ПРИ КАКИХ УСЛОВИЯХ ПЕРЕЖИВАНИЯ СТАНОВЯТСЯ ПАТОГЕННЫМИ

В ряде работ еще до Фрейда в разной формулировке эти условия определялись то как конфликт, то как коллизия, то как несоответствие, то как противоречие. Однако вопрос этот освещался слишком общо и абстрактно. На первый взгляд источник патогении заключается прежде всего в том, что требования, потребности, стремления, желания личности не удовлетворяются теми или иными моментами действительности.

Однако известное несоответствие (конфликт) между потребностями и возможностями их непосредственного удовлетворения является существенным моментом в развитии личности: несоответствие мобилизует нашу деятельность, заставляет нас напрягаться, активирует нас. Достижение поставленной цели упражняет и развивает наши нервно-психические функции. Вчерашнее "противоречие" сегодня исчезает, достигается поставленная цель, в связи с психическим ростом повышается уровень потребностей, это влечет за собой новые цели и новые задачи. Таким образом, само противоречие или несоответствие между потребностью и возможностью ее удовлетворения, целью и возможностью ее достижения, приводит к психоневрозу только тогда, когда оно продуктивно не разрешается: цель не достигается и потребность не удовлетворяется, - терпят крушение планы, разрушаются надежды, утрачиваются близкие люди, положение, возможности и т.п.

3. КОГДА ИЗ ПЕРЕЖИВАНИЯ ВОЗНИКАЕТ БОЛЕЗНЕННОЕ СОСТОЯНИЕ

Однако не всегда неудачи и потрясения порождают невроз. В.Н.Мясищев перечисляет следующие источники патогенности противоречия (конфликта):

а) особенности личности, создающие трудности в общении с другими людьми, как это бывает у лиц агрессивных, претенциозных, упрямых, взбалмошных, сензитивных и т.п.;

б) случаи, при которых личность не может найти рационального, продуктивного решения конфликта в силу известных обстоятельств: когда средства активного воздействия на ситуацию для достижения целей оказываются гораздо ниже уровня потребностей или притязаний личности;

в) случаи, когда действительность не представляет пассивного объекта воздействия; она активно препятствует и помогает субъекту, дает ему средства и возможности и в то же время предъявляет к нему требования;

г) случаи, при которых объективные условия делают противоречие неразрешимым, когда, например, человек теряет своего близкого, или человек теряет средства достижения цели, например, певец - голос и т.п. Возникает уже вопрос не о разрешении задачи и преодолении трудностей, а о признании и подчинении реальной необходимости. Здесь опять-таки требуется известный фонд психических средств для того, чтобы понять неизбежность отказа и найти новые пути в жизни.

Патогенность ситуации, таким образом, заключаются в неумении рационально, иначе - продуктивно преодолеть трудность или неспособности отказа от неосуществимых стремлений.

Понятием патогенной ситуации широко пользуются, но часть неправильно отождествляют его с понятием внешних ус ловий. Приводящая к неврозу патогенная ситуация характеризуется ее индивидуальной и относительной неразрешимостью, то есть неразрешимость для данного субъекта в данной обстановке, его неспособностью или неумением найти продуктивный, рациональный выход в данных условиях.

4. КАКОВА НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИРОДА ПЕРЕЖИВАНИЯ

В условиях неразрешенного противоречия в огромной степени нарастает нервно-психическое напряжение, прежде всего аффективное напряжение. Оно, в свою очередь, обостряет противоречие, усиливает трудности, затрудняя рациональное решение, создавая конфликты, повышая неустойчивость и возбудимость человека, углубляя и болезненно фиксируя переживания.

Нарастающее и неразрешающееся напряжение создает вначале лишь предпосылки к возникновению невроза, в дальнейшем же влечет за собой психическую и физиологическую дезинтеграцию личности, которая проявляется уже в картине заболевания. Аффективность становится чрезмерной и фиксированной. Волевое управление, самоконтроль нарушаются и сменяются картиной безволия и всплесками односторонних и непродуктивных напряжений. На место объективного, логического мышления выступает субъективное фантастическое, символическое, кататимное.

Многочисленные проявления вегетативных висцеральных нарушений основного функций организма - сна, аппетита и т.п. - являются выражением глубоких физиологических сдвигов. Функциональная дезорганизация личности, таким образом, сказывается в нарушении как сложных, высших, психосоциальных форм поведения (психической переработки), так и более элементарных физиологических реакций.

ВЫВОД

Все изложенное позволяет рассматривать невроз как психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между нею и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно тягостные для нее переживания: неудачи в жизненной борьбе, неудовлетворение потребностей, недостигнутая цель, невосполнимая потеря. неумение найти рациональный и продуктивной выход влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности.

Таким образом, противоречие само по себе не создает невроза; необходимым условием является нерациональное и непродуктивное его разрешение, субъективный, иррациональный, связанный с повышением аффективности способ переработки. Аффективное напряжение, в свою очередь ,не представляет еще невроза, но тогда, когда оно дезорганизует психическую и соматическую деятельность,- мы имеем дело с болезнью - с неврозом.

2.ТИПЫ НЕВРОТИЧЕСКИХ КОНФЛИКТОВ

Анализ различных взаимоотношений, существующих между картиной отдельных невротических синдромов и между характером патогенных условий, позволил В.Н.Мясищеву описать три основных типа невротических конфликтов.

1. НЕВРАСТЕНИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ

Это противоречие между актуальными возможностями личности, с одной стороны, и ее стремлениями и требованиями к себе, которые соответствуют требованиям окружающего другой. Источником болезни является то, что личность не умеет при данной конкретной ситуации справиться со стоящей перед ней задачей даже при самом активном стремлении разрешить эту задачу. Противоречие заключается в относительном несоответствии между возможностями или средствами личности и между требованиями действительности. Эта, как говорилось выше, ситуативная недостаточность личности покрывается мобилизацией ее внутренних ресурсов, мобилизацией усилий человека с максимальным доступным личности использованием внешних возможностей. Не умея найти правильного разрешения задач, при максимальных условиях, человек перестает справляться с работой, утрачивается или снижается его продуктивность. Вместе с тем его организм дезорганизуется в функциональном отношении, т.е. рассматриваются его нервно-психические функции: падает внимание, обостряется аффективность, появляется озабоченность, тревога и неуверенность, нарушаются сердечная деятельность, желудочно-кишечные и другие функции.

Такой характер противоречия чаще всего наблюдается в условиях психогенного возникновения неврастенического синдрома.

2. ИСТЕРИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ

Этот тип противоречия встречается в тех случаях, когда личность вступает в конфликт с различными моментами окружающей ее действительности, не находя удовлетворения своих требований, стремлений или когда действительность выдвигает требования, идущие в разрез с субъективными требованиями личности. Характерная картина патологической переработки такого противоречия часто встречается при истерическом синдроме. Характерное для истерии несоответствие между требованиями, потребностями личности и ее реальными внутренними ресурсами сочетается со склонностью недооценивать или игнорировать объективные реальные условия и вытекающим отсюда перевесом требовательности к окружающему над требованиями к себе и критическим отношением к себе, характеризующим истерическую претенциозность.

По отношению к истерии Фрейд указывал на то, что в ее основе лежит неосуществленное желание. В.Н.Мясищев соглашается в тем, что патогенным стержнем истерического образования являются неудовлетворенные тенденции, потребности, желания, иррационально перерабатываемые личностью. Это не дает тем не менее права рассматривать истерические явления как целесообразные приемы и говорить о выигрыше от болезни, как это делают, например, Фрейд, Адлер и др. По мнению В.Н.Мясищева это дает только основание говорить, что истерия действительно имеет цель и желание, но не в болезни эта цель и желание, а болезнь есть патологическое выражение неудовлетворенного желания.

Совершенно иной характер истерического конфликта по сравнению с неврастеническим выражается в совершенно иных болезненных проявлениях. Эгоцентризм при противопоставлении себя действительности должен выступать несравненно ярче. Тенденциозно-личный характер аффективности - агрессивность и претенциозность, конфликт с действительностью являются и следствием, и причиной относительного перевеса аффекта над логикой у истерика. Уловки, фикция и обман могут быть следствием и причиной истерического столкновения с неудовлетворяющими и травмирующими ее сторонами. Поэтому истерия выступает прежде всего как "конфликтный" невроз, где конфликт, однако, происходит у личности не столько с самим собой, сколько с теми или иными внешними обстоятельствами, хотя сам больной в ряде случаев является их виновником. Он не может ни подчинить действительность своим требованиям, ни отказаться от них, подчиняясь действительности.

3. ОБСЕССИВНО-ПСИХАСТЕНИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ

Этот тип конфликта наблюдается тогда, когда человек заболевает в условиях противоречивых влияний и вырастающих отсюда противоречивых внутренних тенденций. Личность как бы внутренне расщепляется, и этот "внутренний конфликт", внутреннее раздвоение характерно для невроза навязчивых состояний.

Борьба между желанием и долгом, между принципами и личными привязанностями, между инстинктивными влечениями и этическими надстройками представляет собой типичный случай этих внутренних конфликтов.

Неразрешающееся напряжение наиболее ярко выражается в состоянии нерешительности, сомнения, при котором личность колеблется в борьбе двух противоположных тенденций, причем или ни одна не приобретает перевеса - и человек страдает сомнениями, нерешительностью, раздвоением, или же одна из двух тенденций приобретает перевес, но, встречая противодействие другой, обнаруживается в навязчивом симптоме.

Механизм возникновения болезненных симптомов еще недостаточно ясен. Он ярче всего проявляется в символической обсессии, например в навязчивых ритуальных действиях, значение которых может быть понято только на основе их генетического анализа, позволяющего установить тесную связь между симптомами болезненного состояния и характером внутренних противоречий.

4. СМЕШАННЫЙ ТИП КОНФЛИКТА

Патогенные ситуации, которые создаются у личности, могут меняться и быть множественны. Так, человек может напрягаться сверх меры и вместе с тем быть в сильнейшем конфликте, например нести напряженную и ответственную работу, отрицательно относясь к ней, быть неудовлетворенным своим положением и испытывать острое чувство неполноценности. Эмоциональное напряжение истощает, а конфликт и неудовлетворенность, из которых нет выхода, создают истерические тенденции. Эта комбинация противоречий оправдывает столь распространенный в практике термин "истеро-неврастения". Возможны и другие комбинации конфликтов.

Попытка вывести клиническую картину непосредственно из характера противоречия является, по мнению В.Н.Мясищева, довольно грубым упрощением. В каждом конкретном случае мы имеем сплошь и рядом комбинацию ряда противоречивых тенденций, в которых внешние и внутренние моменты участвуют в разном соотношении и при которых не всегда с первого взгляда можно установить истинный смысл противоречивой ситуации.

Возникает вопрос, может ли конфликт психастенического типа (например, противоречие чувства долга и любви) дать картину истерического состояния? В.Н.Мясищев утвердительно отвечает на этот вопрос. Он приводит пример женщины с развитым сознанием общественного долга, которая выдает мужа, узнав, что он фальшивомонетчик, но выдав, заболевает истерией. Здесь был конфликт внутренних тенденций (психастенический) - любви к мужу и сознания долга. Но после того как муж был потерян, конфликт стал внешним (истерическим) - больная не может примириться с потерей мужа и заболевает, а когда примиряется, тогда выздоравливает.

В другом случае, приводимом В.Н.Мясищевым, в патогенной ситуации женщины, которая дает картину истерического невроза, на первый взгляд - внутренний конфликт, борьба между желанием бросить мужа и жалостью к нему. При ближайшем рассмотрении оказывается, что больная не бросает мужа потому, что ей некуда переехать, и в сущности жалость к мужу лишь демонстрируется больной, но большой роли не играет, а отсюда и вывод о том, что здесь в основном конфликт не личности с собой, а с внешними моментами действительности - между желанием бросить мужа, несмотря на жалость и невозможность уехать от него.

Таким образом связь между патогенетической сущностью и патологическим проявлением и истинный характер сложного противоречия открывается только после тщательного анализа.

3. ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРА

Патогенные источники невроза, по убеждению В.Н.Мясищева, нужно искать не столько в абсолютных качествах психики и условиях жизни, сколько в соотношении первых со вторыми. Поэтому он резко возражал против абстрактных положений о конституциональной обусловленности невроза, о слабости нервной системы, о той или иной недостаточности нервной системы.

Невроз может возникнуть без всякого предрасположения у лиц до того здоровых, ничем не отягченных. Этим, конечно, не исключает совершенно роль конституции, предрасположения, слабости нервной системы. Общеизвестные факты показывают, что чем слабее нервная система,

тем скорее заболевает человек. Но более важным для понимания природы невроза В.Н.Мясищев считал вопрос о так называемой "ситуативной недостаточности", которая проявляется в том, что и достаточно сильные, и достаточно испытанные жизнью люди не справляются с известными ситуациями, тогда как многие лица с так называемой слабой нервной системой и астеничной психикой справляются с аналогичной ситуацией и не заболевают. Так, для гипертимного человека монотонно однообразная обстановка трудно выносима, тогда как для вялого и астеничного она оказывается желательной и, наоборот, трудной оказывается обстановка напряженных требований. Здесь по ходу дела отметим, что эта идея "ситуативной недостаточности" впоследствии была переработана А.Е.Личко (1977) и трансформирована им в понятие "места наименьшего сопротивления" акцентуированной личности.

Далее В.Н.Мясищев предупреждает против формального, абстрактно обобщенного определения психических свойств личности. Говоря о твердости - слабости, решительности - нерешительности, самоуверенности - неуверенности в себе, смелости - робости, самообладании и его отсутствии, нужно всегда помнить, что в разных обстоятельствах человека может обнаружить разную степень этих качеств или даже противоположные черты.

Было бы ошибкой также рассматривать качества личности вне их соотношения друг с другом. Так, импульсивность представляет избыток возбудимости и недостаток торможения, фантастики - перевес эмоциональности и недостаток критики. Патогенная роль этих соотношений оказывается в том, что подчас уступчивый астеник может иметь меньше шансов к патогенному конфликту по сравнению со стеничным, сильным, настойчивым, но не гибким и упрямым человеком.

Черты характера, по В.Н.Мясищева, представляют структурное объединение, в котором сказывается и отношение личности к окружающему, и темперамент, и качества интеллекта. Неуверенность в себе является и выражением самооценки, и выражением взаимоотношения с окружающим, и показателем способности критической оценки, и проявлением астенического темперамента. Аффективная вязкость - это и острота впечатления, и длительность его, относительно недостаточная интеллектуальная переработка и затрудненное отреагирование; вместе с тем она существует не для всех явлений действительности, но преимущественно в определенной области эмоционально значимых отношений. Мнительность выражает одновременно внимательное отношение к себе и неуверенность в себе, и настороженно недоверчивое отношение к окружающим. Она вырастает на основе пассивной позиции чувствительного и астенического человека, достаточного в индивидуальном и недостаточного в волевом отношении.

В.Н.Мясищев отказывается от перечисления всего многообразия черт характера, могущих иметь патогенетическое значение. Он отмечает лишь два момента, которые особенно заметно выступают в характере больных неврозами, явно затрудняя благополучное разрешение болезненной ситуации. Это: 1) перевес субъективного и аффективного над объективным и логическим с относящимися сюда разнообразными чертами импульсивности, кататимности,

эгоцентризма, упрямства ,сензитивности, фантастичности и т.д.; 2) перевес аффективной инертности над аффективной пластичностью, создающей вязкие доминанты болезненных переживаний.

В.Н.Мясищев подчеркивает, что связь невроза с характером не значит, однако, что невроз представляет собой развитие и усиление преморбидных черт. Часто у больного обнаруживаются черты, не соответствующие преморбидному характеру. Так, человек тревожно-мнительного или психастенического характера не обязательно заболевает психастенией, а может дать картину неврастении, и, наоборот, ранее уверенный и стеничной может в болезненном состоянии превратиться в робкого и нерешительного.

4. ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ПОНИМАНИЕ НЕВРОЗА

Понимание сущности невроза предполагает установление связи между картиной болезненного состояния, процессом ее возникновения и между причиной, ее вызывающей. Если ближайшие причины заболевания заключаются в личности, в ее взаимоотношениях с условиями, в неправильной переработке ею последних, то отдаленной причиной невроза являются условия истории развития личности.

Генетическое понимание освещает несколько сторон в развитии невроза: во-первых, невроз является болезнью личности, а сама личность в каждый момент представляет результат ее индивидуальной истории развития, во-вторых, личность развивается в определенных культурных, экономических, политических условиях, определяющих и характер личности, и причины возникновения невроза.

В.Н.Мясищев выделял две основные формы невроза, которые определяются соотношением истории личности и истории невроза.

Первая форма - невроз как патологическое развитие. Здесь конституциональные врожденные факторы имеют лишь значение одного из условий, а основную роль играет процесс развития - в определенных внешних условиях. Эта форма может быть названа невротическим развитием, и здесь В.Н.Мясищев подчеркивает роль ситуации раннего детства, подтверждая в этом отношении некоторые указания Фрейда. Однако это не значит признание сексуальной теории и инфантильной сексуальности и взгляд на невроз как регрессию к инфантильной стадии. Это значит только, что детство является наиболее пластичным периодом жизни.

Ситуации раннего детства формируются первые установки личности на окружающее, определяют ее связи с действительностью, направление и тип ее развития, способы переработки переживаний.

Поскольку семья является первой общественной ячейкой, которую находит ребенок, постольку неблагоприятные семейные взаимоотношения играют огромную роль в формировании социальных установок и являются первым источником невротических образований.

Роль неблагоприятно складывающихся взаимоотношений особенно возрастает в критических фазах, когда претерпевает существенные сдвиги и характер связи личности с действительностью, и вся ее функциональная структура, что позволяет рассматривать симптомокомплексы неврозов как инфантилизмы или частичные задержки развития на детской стадии его.

При невротическом развитии не острые конфликты, не потрясающие события, а вся обстановка, создающая противоречия с действительностью, и часть еще в раннем детстве, искажает ход развития личности, создавая патологические тенденции.

Вторая фаза невроза - актуальный невроз - остро возникает у личности, для того здоровой, под влиянием тяжелого, острого переживания или трудно разрешимой противоречивой и напряженной ситуации. Здесь между историей личности и историей болезни не существует соответствия - характер личности до заболевания не отличается болезненными чертами невроза. Источники болезненного состояния лежат по преимуществу в трудной ситуации, но не во внутренней структуре личности.

При актуальном неврозе отмечаются тяжелые условия при нормальных тенденциях личности, а нарушение переработки может быть объяснено тяжестью ситуации; при неврозе развития личность и ее тенденции имеют болезненный характер и создают конфликтные ситуации, а

патологические переработки представляют собой привычный и характерный для нее способ реагирования.

5. КРИТЕРИИ ОТГРАНИЧЕНИЯ НЕВРОЗОВ

Психозы, конституциональные психопатии, неврозоподобные органические расстройства вытекают, согласно В.Н.Мясищев, не из нарушенных отношений, а из непосредственного нарушения функций.

Если при неврозе нарушаются взаимоотношения личности с действительностью и возникающий конфликт создает вторичное нарушение неврозо-псизической функции, то при органическом заболевании, при психозе мы имеем непосредственное поражение функций и субстрата, что обусловливает вторичное нарушение взаимоотношений с действительности.

При психопатии нарушенные взаимоотношения возникают из врожденной недостаточности нервно-психических функций, препятствующих включения личности в систему общественных отношений.

Реактивные состояния (депрессия, страх, тревога) и острые аффективные реакции не имеют корней в особенностях личности, не нарушают в основном ее нормальной структуры и ее общих отношений к действительности и представляют собой относительно изолированный феномен. Это усиленная и адекватная реакция на остро действующие, потрясающие события.

КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Патогенетическая (также "психогенетическая") психотерапия В.Н.Мясищева является единственным динамическим ориентированным подходом России. Сам создатель этого подхода относил его к "рациональной" психотерапии, обосновывая это следующими соображениями (1973). В психотерапии термин "рациональная психотерапия" существует в двух вариантах формирования у больного правильных представлений о болезни: а) разъяснения или логического доказательства неправильности представлений и реакций больного и правильного здорового понимания его положения; б) переубеждения больного и формирования у него правильных убеждений. Разъяснение, апеллирующее к рассудку больного, обычно малопродуктивно и в лечебном плане малорезультативно. В лучшем случае оно сопровождается грустным признанием больного :"Я понимаю доктор, но справиться с этим не могу". Убеждение не только формирует правильное представление, но и обеспечивает действенность, регуляторную силу правильного представления. Эта сила возникает по мере того, как реорганизуется личность и система ее отношений к действительности. Реорганизация характеризуется тем, что ранее важное утрачивает свою значимость, возникают и начинают определять общественно адекватное поведение и переживания другие значимые мотивы. Меняются взгляды, убеждения и отношения.

Вольф Лаутербах располагает метод В.Н.Мясищева на шкале психотерапевтических подходов между рациональной психотерапией и каузальной (т.е. терапией, которая лечит через вскрытие и осознание психологических причин расстройства). Патогенетические терапевты являются "рациональными" лишь постольку, поскольку у них общие с нами цели - добиться понимания пациентом своих ошибок и необходимости измениться. Они добиваются этого путем последовательного осознания пациентом психологических причин (в понимании В.Н.Мясищева) своего расстройства.

В ходе патогенетической психотерапии в сознании пациента следует перевести материал, на который прямо указывал И.П.Павлов (1938), говоря, что врачу " надлежит отыскать вместе с больным или помимо него, или даже при его сопротивлении среди хаоса жизненных отношений те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть с правом связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза".

Основная задача заключается в том, чтобы в процессе патогенетической психотерапии сам пациент уловил бы взаимосвязи между историей его жизни, сформированными ею его отношениями, вытекающими из них неадекватными реакциями на сложившуюся ситуацию и проявлениями болезни - все те взаимосвязи, которые он до того не осознавал.

Решающим моментом служит завершающая психотерапевтический процесс реконструкция нарушенных отношений больного. При этом речь идет не просто об изменении отношения к

данному травмирующему обстоятельству, что само по себе не всегда возможно. Излечение наступает, если удается изменить систему отношений больного в целом, его отношения к миру, если изменяются в широком плане его жизненные позиции и установки.

В своей последней статье В.Н.Мясищев (1973) еще более масштабно определил цели патогенетической психотерапии: принцип лечения заключается в переделке личности в процессе общения и совместного труда и быта. Примером осуществимости и осуществления этого в стационарных условиях является вся творческая работа А.С.Макаренко, на блестящий опыт которого В.Н.Мясищев не раз ссылался. А.С.Макаренко писал, что среди его воспитанников были истерические субъекты, и они выравнивались, перевоспитывались, становились полноценными людьми. Психотерапия, по В.Н.Мясищеву, представляет пограничную зону, в которой сочетается лечение, восстановление и воспитание человека.

ЛЕКЦИЯ ДЕВЯТАЯ Лекции 9

ЗАДАЧИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Задачи патогенетической психотерапии отражают поэтапный характер психотерапевтического процесса: от изучения личности пациента через осознание к изменению, т.е. коррекции нарушенных отношений больного и обусловленных ими неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов, ведущих к нарушению полноценного функционирования личности (Г.Л.Исурина, Б.Д.Карвасарский и др.,1989).

Конечные задачи психотерапии состоят в достижении терапевтических изменений в трех сферах: когнитивной, эмоциональной и поведенческой. Однако степень изменений в этих трех сферах различна при индивидуальной и групповой формах психотерапии. Индивидуальная психотерапия в большей степени акцентирует когнитивный аспект изменений, и в этом отношении она обладает более мощным потенциалом по сравнению с групповой психотерапией (именно поэтому она и может быть отнесена к рациональной психотерапии),групповая же форма терапии больше связана с изменениями в эмоциональной и поведенческой сферах. Подчеркиваем, что речь здесь идет о потенциальных возможностях двух форм терапии, а не о том, в какой степени этот потенциал реализовывается в процессе терапии и на какой сфере изменений акцентирует свою работу терапевт.

Различия между индивидуальной и групповой психотерапией в аспекте формулирования терапевтических задач хорошо объясняются с помощью применения понятия "контура взаимодействия" (Г.Л. Исурина, Б.Д.Карвасарский и др.,1989).

При индивидуальной терапии общение ограничивается диадой "пациент-терапевт". Инструментом воздействия здесь выступает лишь психотерапевт, что ограничивает диапазон реального эмоционального воздействия и реальных вариантов поведения как в количественном плане, так и в качественном. Отношения терапевта и пациента не являются отношениями равных

людей, иными словами, контур взаимодействия терапевт - пациент является скорее "вертикальным".

При групповой психотерапии инструментом воздействия выступает психотерапевтическая группа. Здесь складывается ситуация реального эмоционального взаимодействия, реального поведения, в которую систематически включены пациенты с широким диапазоном различных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих реакций. При этом пациенты находятся в относительно равной позиции по отношению друг к другу - "горизонтальный контур" взаимодействия.

Благодаря этим особенностям центр тяжести индивидуальной психотерапии переносится на сферу интеллектуального осознания. Возможности же ее в непосредственной коррекции эмоциональной и поведенческих сфер ограничены, однако эти сферы не исключены полностью из психотерапевтического процесса, а прорабатываются опосредованно, через изменение когнитивного компонента отношения. Непосредственная же работа с эмоциональными и поведенческими стереотипами ограничиваеться взаимоотношениями терапевт - пациент.

Учитывая специфику индивидуальной психотерапии, Г.Л.Исурина, Б.Д.Карвасарский и др. (1989) следующим образом формулируются конкретные ее задачи в каждой из трех сфер:

1. СФЕРА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ОСОЗНАНИЯ (КОГНИТИВНЫЙ АСПЕКТ)

В отличие от групповой психотерапии, в которой ведущей ориентацией является интеракционная, индивидуальная психотерапия в значительно большей степени ориентирована биографически. Из этого вытекает и различие в материале осознания: групповая психотерапия в большей степени ориентирована на интерперсональное осознание, а индивидуальная – на генетическое (историческое). Именно поэтому в центре внимания индивидульной психотерапии оказывается биографический материал.

На основании анализа своей биографии пациент может:

1) осознать мотивы своего поведения, особенности своих отношений, эмоциональных и поведенческих реакций;

2) осознать неконструктивный характер ряда своих отношений, эмоциональных и поведенческих стереотипов;

3) осознать связь между различными психогенными факторами и невротическими расстройствами;

4) осознать меру своего участия в возникновении конфликтных и психотравмирующих ситуаций;

5) осознать более глубокие причины своих переживаний и способов реагирования, коренящихся в детстве, а также условия формирования своей системы отношений.

2. ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА.

Индивидуальная психотерапия имеет дело не столько с "живыми" эмоциями (кроме отношений терапевт-пациент), сколько с их "отражением", поэтому задачи в эмоциональной сфере в определенной степени также связаны с осознанием.

Пациент может:

1) получить эмоциональную поддержку от психотерапевта, способствующую ослаблению защитных механизмов;

2) научиться понимать и вербализовать свои чувства;

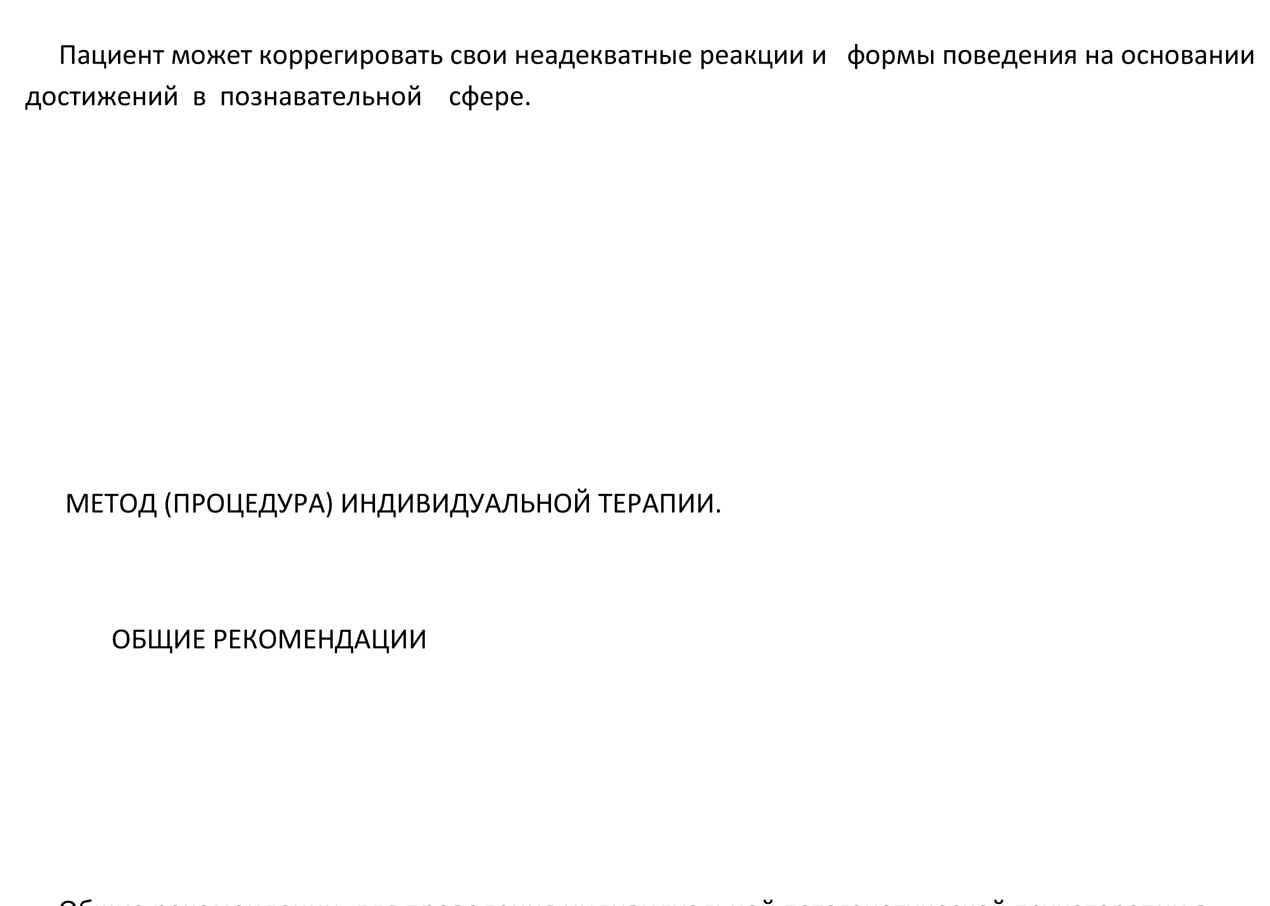
3) испытывать более искренние чувства к самому себе;

4) раскрывать свои проблемы с соответствующими им переживаниями (часто скрытыми от самого себя);

5) произвести эмоциональную коррекцию своих отношений, модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования.

3. ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ СФЕРА.

Пациент может коррегировать свои неадекватные реакции и формы поведения на основании достижений в познавательной сфере.



МЕТОД (ПРОЦЕДУРА) ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ.

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Общие рекомендации для проведения индивидуальной патогенетической психотерапии в наиболее развернутом виде проводятся Е.К.Яковлевой в монографии "Патогенез и терапия невроза навязчивых состояний и психоастении" (1958), В.Н.Мясищевым в его совместной с М.С.Лебединским монографии "Введение в медицинскую психологию" (1966), Р.А.Зачепицким в статье "О патогенетической психотерапии при неврозах" (1973), Б.Д.Карвасарским в его известных монографиях ("Неврозы",1980,1990, "Психотерапия",1985), а также в методических рекомендациях, написанных сотрудниками отделения неврозов и психотерапии Психоневрологического института им.В.М.Бехтерева (Г.Л.Исунина, Б.Д.Карвасарский и др.,1989).

Ведущим психотерапевтическим лечением неврозов является метод перестройки отношений. Этот метод может быть назван глубокой психотерапией. Он дает возможность выяснить не только причины заболевания, известные пациенту, но и те из них, связь которых с имеющимися у него болезненными проявлениями ему не ясна. Последнее хорошо понимал великий физиолог И.П.Павлов. На одной из клинических сред он говорил:" Может случиться, что и сам больной своей навязчивости не знает, позабыл или не догадался об этой связи...Связь существует, а как взялась - неизвестно" (цит. по Е.К.Яковлевой (1958)).

Больным неврозами большей частью не ясны механизмы и источники возникновения невротических симптомов. Поэтому основная задача психотерапии прежде всего должна быть направлена на выяснение источников невротического состояния. Психотерапия начинается с бесед терапевта с пациентом, нацеленных на выяснение его жизненной истории, истории

развития заболевания, особенностей личности пациента, его отношений к окружающей действительности - к родным, семье, школе, товарищам, работе и т.п. Во время бесед с пациентом от внимания терапевта не должно ускользать ни одно замечание пациента, ни одно сообщение его о, казалось бы, незначительном факте, реакция на него пациента.

Такое детальное выяснение биографических данных помогает терапевту путем сопоставления событий в жизни пациента с характером его реакций на них выяснять особенность сформировавшихся у него отношений, которыми и была обусловлена неправильная переработка внешних воздействий, послуживших толчком для развития заболевания. Таким образом постепенно раскрываются особенности патогенеза заболевания и источник возникновения невротических симптомов. Причем основные моменты, приводящие к раскрытию генеза заболевания, становятся понятными не сразу после сообщения пациентом детальных анамнестических сведений, а выясняются обычно постепенно в процессе длительной работы с пациентом.

Но одно понимание генеза терапевтом еще не является достаточным. Очень важно добиться понимания его самим пациентом. Необходимо помочь пациенту самому разобраться в причинах патогеенных переживаний, возникших у него благодаря неправильно сложившимися отношениями, которые мешали разрешению встретившихся трудностей.

Важным условием успеха психотерапии является установление контакта терапевта с пациентом, положительное эмоциональное отношение пациента к процессу терапии. Терапевту следует проявлять большую доброжелательность к пациенту, искреннее участие в нем, заинтересованность в его излечении при беспристрастно объективном подходе к разбору причин его заболевания. Такое отношение быстро оценивается пациентом, располагает его к лечению, создает доверие и вызывает на откровенность. Вместе с тем излишнее внимание, заласкивание пациента, так же как и неровное к нему отношение, проявление неискренности, торопливости, приводят к замыканию его, к внешнему, формальному контакту. При пассивном отношении пациента к психотерапии утрачивается возможность раскрытия причин невроза. Эти отрицательные моменты препятствуют успеху психотерапии.

При завоевании терапевтом расположения пациента благодаря правильному пониманию его переживаний растет авторитет терапевта, доверие е нему и развивается все более активное участие самого пациента в совместном критическом разборе жизненных отношений и обстоятельств. С этого момента, когда пациент начинает понимать причины развившегося у него невроза, он начинает все более раскрываться - сообщать о себе много новых существенных биографических данных, о которых раньше умалчивал из-за того, что считал их ненужными, не имеющими значения, либо из чувства неудобства, стыда, нежелания показать себя перед терапевтом в невыгодном для себя свете.

Такие дополнительные сведения обычно указывают на осознание пациентом своих неправильных реакций, сыгравших значительную роль в патогенезе заболевания. Не следует терапевту самому разъяснять пациенту причины развития у него заболевания, особенно не следует это делать поспешно, желательно добиться понимания их самим пациентом. Нельзя подлинное объяснение, основанное на глубоком понимании патогенеза невроза, подменить внешними и скороспелыми разъяснениями, что, к сожалению, нередко делается.

В процессе патогенетической психотерапии можно отметить определенную последовательность в формах поведения терапевта. При первой встрече с пациентом терапевт минимально активен, недирективен, способствует искреннему раскрытию эмоциональных переживаний пациента, созданию доверительного контакта. Затем, увеличивая свою активность, терапевт приступает к выяснению "внутренней картины болезни", к вербализации пациентом всех его представлений, связанных с пониманием болезни, ожиданий от лечения и перспектив выздоровления.

Проводя коррекцию "концепции" болезни у пациента, терапевт обсуждает с ним данные его обследований, убеждает, что причины невроза кроются не в органических изменениях, помогает уловить связь эмоциональных факторов с симптоматикой. В этот период врач предоставляет пациенту соответствующую информацию и выступает преимущественно в роли эксперта. После уяснения пациентом связи между симптоматикой и провоцирующими патогенными ситуациями в содержании бесед происходят существенные изменения. Их предметом становятся уже не симптомы, а психологические проблемы, переживания и отношения пациента.

В процессе такого обсуждения в сознании пациента постепенно выстраивается определенная последовательность из различных звеньев новой концепции болезни: симптоматика - эмоциональные факторы или патогенные ситуации – личностные позиции или отношения - невротический конфликт - потребности или мотивы. Взаимоотношения с пациентом углубляются, терапевт становится помощником в интенсивной работе пациента над его внутренним миром.

На заключительном этапе психотерапии терапевт вновь увеличивает свою активность и даже директивность в испытании и закреплении пациентом новых способов переживания и поведения.

На всех этапах терапии осуществляется два взаимосвязанных процесса- осознание и реконструкция системы отношений. Осознание (инсайт) заключается в понимании пациентом истинных источников собственных невротических расстройств. Реконструкция отношений личности состоит в коррекции нарушенных и выработке новых, адаптивных отношений.

Что должен осознать пациент в процессе патогенетической психотерапии? Пациент должен осознать связи между способами реагирования в определенных жизненных обстоятельствах, его нарушенными значимыми отношениями и возникновением невроза. Терапевт выступает здесь в роли проводника в понимании пациентом внутреннего мира собственной личности. Он пытается расширить у пациента область осознаваемого, помогает уяснить причинно-следственные связи, породившие невроз, вербализовать его смутные переживания и уточнить те соотношения, которые сам пациент прежде не соединял в своем сознании. Важно натолкнуть пациента на звенья, связывающие различные аспекты его поведения и его эмоциональные особенности, обратить его внимание на то, что раскрывает уязвимые точки его личности.

Полезным приемом в этом процессе является привлечение внимания пациента к возможным аналогиям его эмоциональных отношений с терапевтом и отношений со значимыми лицами в его жизни.

Самое главное и самое трудное при обсуждениях заключается в том, чтобы помочь пациенту понять, что его невроз был вызван не только обстоятельствами жизни и внешними конфликтами, а внутренним конфликтом, в основе которого лежат неадекватные отношения, вследствие которых он не способен разрешить свои трудности. Конфликт же сопровождается эмоциональным напряжением, дезорганизующим соматонервно-психическое функционирование пациента и вызывающим тем самым соответствующую симптоматику. Именно эти взаимосвязи и помогает терапевт пациенту осознать.

Осознание психологических механизмов болезни отнюдь не является чисто рациональным, познавательным процессом: в него обязательно должны быть включены достаточно значимые эмоциональные переживания, которые и делают возможной необходимую перестройку личности на основе положительных внутренних ресурсов. Рациональное, интеллектуальное понимание пациентом своих невротических проблем и их причин само по себе малодейственно и к необходимым переменам в личности пациента не приводит. Процесс осознания должен быть эмоционально насыщенным в своей сущности.

Глубина осознания может быть различной. Первый уровень отражает понимание пациентом своего неправильного поведения, в частности в условиях патогенной ситуации. Это осознание может появиться в обстановке откровенного общения с другими пациентами, медперсоналом и психотерапевтом.

Второй уровень отражает осознание пациентом тех неадекватных отношений (в самооценке, отношении к другим людям и к окружающему миру), которые лежат в основе его неправильного поведения. На этом уровне понимания пациент не только видит неправильность своего поведения в прошлом, но и понимает, почему он вел себя таким образом.

Третий уровень отражает понимание пациентом происхождения своего невроза, осознание истоков неадекватности своей системы отношений, что достигается посредством анализа жизненной истории пациента начиная с детского возраста, условий его воспитания.

Причиной развития невротических состояний является не столько наличие внешних и внутренних конфликтов, сколько неспособность личности решать эти конфликты. Задача психотерапии состоит в том, чтобы сделать личность способной к разрешению трудностей путем реконструкции системы его отношений. Достижение этой цели ведет не только к устранению невротической симптоматики, но и к развитию новых, зрелых форм восприятия, переживаний и поведения пациента.

В ходе реконструкции нарушенных отношений происходят два процесса: коррекция неадаптивных позиций и выработка новых, более реалистичных. Эти новые позиции проходят проверку вначале в условиях терапевтической среды, а затем за ее пределами в ситуации реальной жизни пациента.

Изменение отношений во внутренней структуре личности пациента осуществляется преимущественно с помощью двух основных психологических механизмов: идентификации и интернализации.

Идентификация (отождествление) пациента с терапевтом является следствием того, что терапевт удовлетворяет определенные потребности пациента, например его потребность в признании или опеке. Пациент пытается усвоить одобряемые терапевтом формы поведения, конкретные суждения или представления. Иногда этот процесс усвоения специфических позиций носит неосознаваемый характер.

Идентификация отражает довольно поверхностный и нестойкий уровень перемен в системе отношений и его поведения. В ряде случаев идентификация может быть переходом к более глубокому уровню перемен, который уже осуществляется с помощью механизма интернализации (интерироризации). Важным условием этого типа перемен является атмосфера положительного приянятия пациента терапевтом.

Процесс реконструкции отношений и выработки нового поведения протекает иногда с определенными трудностями - противодействием, "сопротивлением" пациента. Это затруднение возниает при коррекции неадаптивного поведения пациента. Сопротивление представляет собой психологический защитный механизм и отражает реакцию пациента на болезненное для него прикосновение к глубоко скрытым тягостным переживаниям, реакцию на перестройку неадаптивного поведения.

Сопротивление пациента проявляется в общении с терапевтом в различных формах: в уклонении от обсуждения наиболее важных проблем и переживаний, в молчании, в переводе разговора на другую тему, в неясности изложения проявлений своего заболевания, в отрицательной реакции на те или иные методы лечения, в юморе, иногда даже в излишней податливости и согласии с высказываниями терапевта без должной их переработке и т.д.

Степень сопротивления в процессе терапии может измениться. Она повышается при несовместимости установок пациента и стиля поведения терапевта, при явном игнорировании терапевтом устойчивых лечебных ожиданий пациента, при преждевременной интерпретации, при чрезмерных требованиях от пациента откровенности или активности, при неверии терапевта в возможности пациента, при отрицательном внутреннем отношении терапевта к пациенту, что может проявляться в критике без одобрения, иронии и т.п.

Процесс перестройки отношений человека, изменение его реакций является, бесспорно, очень сложным, но не недоступным. Человеческий характер и отношения человека, благодаря чрезмерной пластичности свойств нервной системы, являются динамичными и могут измениться в связи с изменениями жизненных условий, социальных влияний и личного жизненного опыта.

Большое значение в правильном воспитании характера и отношений имеет эмоциональное усвоение пациентом необходимости самовоспитания, требовательности к себе, к своим поступкам, анализ их причин, дающий возможность регулировать свое поведение. О саморегулировании характера говорил А.С.Макаренко, указывавший, что на высшей стадии развития личность начинает требовательно относиться к себе и анализировать свои поступки, что открывает новые возможности развития характера.

Добиться познания самого себя является существенной задачей реконструктивного (воспитательного) этапа психотерапии. Только познание пациентом самого себя, своих поступков и поведения дает возможность, пользуясь этим знанием, правильно отражать и перерабатывать внешние воздействия, без примеси влияния прошлых аффективно нарушенных отношений.

Конечно, как отмечает Е.К.Яковлева (1958), далеко не все пациенты, подвергнутые психотерапии, выздоравливают от невроза. У некоторых отмечается лишь временное улучшение, у других же не удается добиться даже некоторого улучшения. Хорошему успеху лечения содействует не чрезмерная давность заболевания, более молодой возраст пациента, а также хороший его интеллект. Большую роль при этом играет способность пациента к критической оценке своих неправильных отношений. Такие пациенты не только освобождаются от невроза, но у них заметно изменяется поведение, перестраиваются их отношения к

окружающим людям, благодаря чему они становятся более полноценными людьми, правильно оценивающими встречающиеся на их жизненном пути разного рода трудности.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

В качестве иллюстрации того, как преломляется метод патогенетической психотерапии при лечении конкретного пациента, приводим наблюдение Е.К.Яковлевой (1958).

Больная Ж. по профессии врач-окулист, находилась на стационарном лечении в Психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева с диагнозом: невроз навязчивых состояний, фобия трахомы.

Считает себя больной в течение шести месяцев. Связывает заболевание с неприятным случаем во время работы. Со слов пациентки, при промывании глаз больному, страдавшему трахомой, она почувствовала, что ей в глаза попала капля какой-то жидкости. Из-за опасения, что это были выделения данного больного, ей сделали соответствующую обработку глаз. Однако, несмотря на это, она стала высказывать мысль о том, что заразилась трахомой. Хотя дальнейшие объективные обследования не подтвердили наличие трахомы, мысль о болезни ее уже не оставляла. Считая себя заразной, она стала принимать всякие меры предосторожности, чтобы не заразить окружающих: перестала прикасаться к дверным ручкам, к предметам домашнего обихода; избегала соприкосновения с мужем и собственными детьми; стала бесконечно мыть руки; изолировала свою посуду; начала сжигать даже все вещи, в том числе и книги, к которым прикасалась. В то же время пациентка понимала, что это только ее мысли, что страхи ее необоснованны, боролась с ними и со связанными с ними поступками, но эта борьба ей не удавалась. В связи с постепенным нарастанием страха пациентка была помещена в психотерапевтическую больницу, где предположили, что она больна шизофренией. Здесь ее лечили инсулиновыми шоками, но состояние ее оставалось прежним.

После выписки из больницы она в течение двух дней чувствовала себя лучше, но затем возобновилось прежнее состояние. Пациентка оставила работу, дома ничего не делала, будучи поглощенной мыслями о заражении и выполнении защитных мероприятий от развившегося страха. В таком состоянии была направлена в психиатрическую клинику Института им.В.М.Бехтерева, где установили, что она страдает неврозом навязчивых состояний, после чего ее перевели в клинику неврозов. В детстве пациентка была общительной, веселой девочкой,

имела много подруг, в обществе которых всегда держалась свободно. По характеру была несколько неуверенной в себе, очень впечатлительной, чувствительной и обидчивой. Училась хорошо. Будучи студенткой, в 20 лет вышла замуж, имела три беременности. Первый ребенок умер от воспаления легких в возрасте полутора лет. Смерть его перенесла очень тяжело. Отношения в мужем, со слов пациентки, сложились хорошо.

По окончании медицинского института работала врачом-окулистом. Отмечает, что всегда была трудоспособной. В работе проявляла аккуратность, требовательность, постоянно соблюдала все правила асептики. Работала среди трахоматозных больных, долго следила за ними, сама посещала их, если они прекращали лечение. Неоднократно бывало и раньше, что при промывании глаз у больных или при операции ей попадали на лицо и в глаза выделения из их глаз, но после соответствующей обработки своих глаз она обычно переставала беспокоиться о последствиях.

Муж пациентки, который знает ее в течение 15 лет, подтвердил данные ею анамнестические сведения. Семейную жизнь муж, как и пациентка, рассматривает как благополучную. Неблагоприятным моментом, по мнению мужа, являются взаимоотношения пациентки с ее матерью, которая, будучи несколько суховатой, не проявляла к дочери достаточного внимания.

Объективно: недостаточно критически вначале отнеслась к своей идее о заболевании трахомой; постоянно моет руки ,ни с кем не общается, не прикасается к вещам посторонних, при разговоре закрывает лицо платком.

Во время психотерапевтических бесед с пациенткой по мере усиления ее контакта с терапевтом все более подробно раскрывались многие, раннее неизвестные терапевту события из ее жизни, имевшие значение для развития заболевания. Так, дополнительно ею были сообщены некоторые сведения из ее детства, о которых раньше она умалчивала из-за "чувства неудобства перед врачом", как пояснила она позднее. Пациентка рассказала о причинах сложных взаимоотношений с матерью на протяжении всей ее жизни, о причинах, усложнивших в настоящее время ее взаимоотношения с мужем, и о переживаниях, так нарушивших всю ее жизнь.

Выяснилось, что до 14 лет она не знала своей настоящей матери. Она росла в семье бабушки, которую считала и звала "мамой". Родная же мать, как и ее сестры, т.е. тетки пациентки, считались в семье сестрами пациентки, и она всех их, в том числе и свою мать, звала по имени. Отца своего она не знала, он считался где-то в отъезде. В 9-летнем возрасте кто-то из посторонних детей открыл ей истину об ее происхождении, но бабушка уверила ее в неправоте сказанного, и она поверила. Бабушку, которую пациентка считала своей матерью, она очень любила, и та платила ей тем же, была очень заботлива и нежна с ней. Как самую маленькую в

семье, все ее несколько баловали. Только в 14 лет, уже после смерти бабушки, пациентка узнала обо всем, что от нее так тщательно скрывали.

Она глубоко была потрясена событиями - смертью бабушки, отношением к ней матери и тем, что она была незаконорожденной. Тяжела была обида на мать за то, что та в детстве не признавала ее своей дочерью, что не разрешила своему

второму мужу удочерить ее, как тот намеревался сделать, что и после смерти бабушки она не изменила к ней своего отношения и продолжала быть внешне отчужденной, неласковой.

Мать пациентки была женщиной совершенно иного склада, чем ее дочь. Она была сдержанной, несколько даже суровой на вид, очень работоспособной. Будучи педагогом, она много работала, была известной и всеми уважаемой в городе. На первое место в жизни она стала работу. Всегда с неуважением относилась к женщинам, которые оставляли работу ради семьи. Того же она потребовала от дочери, которая была совсем иной по характеру: мягкая, чувствительная, несколько неуверенная в себе, недостаточно выносливая, нуждающаяся в поддержке.

После замужества дочери мать осталась в ее семье, но, продолжая быть очень занятой, она ни в чем не помогала дочери. Раздражение пациентки против матери усилилось, в особенности после смерти первого ребенка. Пациентка, будучи уже врачом, хотела временно оставить работу для лучшего ухода за больным ребенком, муж не протестовал, но мать возражала, и пациентка подчиняясь ее авторитету, не противилась такому требованию. Ребенок умер от воспаления легких - по мнению пациентки, из-за недостаточно хорошего ухода. В его смерти пациентка обвиняла свою мать.

У пациентки в связи со смертью ребенка развилось тяжелое невротическое состояние. После рождения второго ребенка она не работала в течение года, продолжая оставаться в невротическом состоянии. Затем, окрепнув, она опять стала работать по настоянию матери, которая, со слов пациентки, донимала ее своими упреками, словами презрения к женщинам, после окончания вуза "занимающимся горшками".

В течение последних трех лет перед настоящим заболеванием пациентка перенапряглась как физически, так и эмоционально. Она работала в глазной поликлинике, относясь к работе с большой ответственностью, в то же время вела дома хозяйство, обслуживая мужа, мать и двоих детей. Мать по возвращению с работы, ссылаясь на усталость, ничем ей не помогала. Пациентку стало возмущать поведение матери, а главное, мужа, который предоставил ей самой найти выход из создавшегося положения. Она же не находила решения, и хотя работа ее очень утомляла, она все же не оставляла ее и потому, что ей нравилось работать, и потому, что

не хотела оставаться дома из-за отношения матери к неработающим женщинам. Однако из-за постоянного утомления ходила на работу, по ее выражению, "как на каторгу".

Дело заключалось еще в том, что в силу наступившего за последние два года ослабления нервной деятельности у нее резко обострилась неуверенность в себе и ей стало трудно решать самые обычные вопросы. Так, на работе она по нескольку раз стала осматривать больного, прежде чем дать требуемое о нем заключение, сама проверяла инструменты, заставляла обслуживающий персонал по несколько раз их кипятить и т.п., чего раньше не делала. Все это очень осложняло работу, с которой она уже почти не справлялась, о чем не говорила ни мужу, ни матери.

В этот период пациентка стала раздражительной, даже иной раз грубой, придирчивой, в особенности по отношению к матери, к которой у нее сложилось двойственное отношение. С одной стороны, она не могла ее видеть, раздражаясь на нее, с другой, как говорила пациентка, "так хотелось ласки и внимания со стороны матери".

Незадолго до заболевания жизненные обстоятельства еще более осложнились из-за простудного заболевания ребенка, и у больной развился страх его потерять, так же как первого сына - "от недостатка внимания и ухода". Именно в это время, когда пациентка находилась в состоянии нервного истощения и волнения, ей и попала в глаз капля выделений от больного. Она сразу же оставила работу, вначале для ухода за ребенком, а после его выздоровления не возвратилась к ней из-за развившегося навязчивости состояния.

Таким образом, в ходе психотерапевтических бесед дополнительные сведения о себе, даваемые пациенткой, позволили терапевту понять ее историю и содержание ее переживаний. В этом свете и терапевту и, главное, самой пациентке становилось ясным, что не "капля выделений", попавшая в глаза пациентки при промывании ею глаза трахоматозного больного, явилась причиной ее заболевания. Оно оказалось следствием ряда предшествующих событий, постепенно усложняющихся жизненных обстоятельств в течение главным образом последних трех лет. Капля же, попавшая в глаз пациентки, явилась лишь "последней каплей", способствовавшей развитию невротического выхода из сложившейся трудной ситуации.

Понимание пациенткой жизненных обстоятельств, явившихся причиной сложного конфликта, и связи его с образовавшимся навязчивым симптомом нашло отражение в ее письме к матери, написанном в конце пребывания в клинике в ответ на поздравление ее матерью с днем рождения.

В письме пациентки впервые поделилась с матерью своими переживаниями. Она писала: "Здравствуй, дорогая Катя (она и до сих пор называла свою мать по имени), мне было приятно

читать твое поздравление с днем рождения. Мне всю жизнь казалось, что этот день и я тебе в тягость, что все в отношении меня неискренне, ложно. Я много понимала, пережила, но не могла никогда высказаться. Отсюда та бесконечная злоба к тебе, все срывы, вся ругань и прочее. Даже твои чистые, добрые порывы я принимала за личные оскорбления, принимала с болью. Прочитав же твое письмо, подумав хорошенько. Я поняла, что во многом, быть может ,была не права, что все надо было бы воспринимать иначе. Ведь и ты была скованна, скрыта в себе. Всю жизнь я росла без отца, без ласк матери. По натуре я очень мягкая, мне все это было необходимо, а я этого не имела. Вот причина того, что в конце концов у меня до сих пор укоренилось чувство никому ненужности, лишности, чувство, что я мешаю всю жизнь и все было бы иначе, если бы не родилась я. Мой муж, он, конечно, хороший человек, но он не понял моей натуры, с детства надломленной, неудовлетворенной, чувствительной. Если было бы иначе, я не отошла бы от вас совсем и не убежала бы в этот проклятый прилипчивый невроз... Мне теперь значительно легче в смысле болезни, я возвращаюсь к вам не только внешне. Мне легче понимать все , а потому и легче разрешить всю сложную жизненную ситуацию, в которой я запуталась, не смогла найти выход и застряла подсознательно в своей болезни. Я пишу тебе и, конечно, плачу, но это уже не слезы озлобления или обиды. Нет, нервы еще слабы, но уже одно то, что я пишу тебе, есть уже залог возврата к жизни хорошей и простой".

Резюмируя, можно отметить, что в развитии данного фобического синдрома - страха заражения трахомой - попавшая в глаз капля выделений играла роль лишь внешнего момента. Патогенез не объясняется и только наступившим ослаблением ее нервной системы, хотя такое изменение "почвы", истощение ее, несомненно, имело важное значение в развитии заболевания. Как мы видели, генез заболевания определялся рядом реальных жизненных обстоятельств, из которых пациентка из-за особенностей ее личности не находила правильного выхода. Ее повышенная чувствительность при склонности к задержке эмоций вызвала в тяжелой ситуации крайнее нервное перенапряжение.В этом состоянии случайное попадание капли в глаз, встревожившее пациентку, привело к срыву нервной деятельности и образованию застойного пункта - навязчивой идеи о заболевании трахомой. Этот защитный механизм уводил теперь пациентку от разрешения реальных трудностей.

Понимание пациенткой причин заболевания постепенно изменило ее состояние, которое стало улучшаться. К концу лечения она перестала проявлять страх, прекратила частое мытье рук. Она осознала необходимость изменить свои прошлые эмоционально насыщенные отношения к матери и мужу, сделать их разумными, простыми и жизненными. По катамнестическим сведениям, полеченным спустя три года после лечения, пациентка остается вполне здоровой.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Кроме общих рекомендаций, изложенных выше, до сих пор в нашей литературе отсутствовало детальное описание процедуры проведения патогенетической психотерапии. Одна такая попытка была предпринята в свое время А.Я.Страумитом, однако, к сожалению, в то время написанные им рекомендации "Патогенетическая психотерапия неврозов с функциональными нарушениями сердечной деятельности" (Л.,1973) не были опубликованы. Эти рекомендации, в значительной степени переработанные и переосмысленные нами с позиций современного уровня развития патогенетической психотерапии, легли в основу описания приводимой здесь процедуры (на примере больных неврозами с функциональными расстройствами сердечной деятельности).

Индивидуальная патогенетическая психотерапия проводится в следующем порядке:

1. Преодоление неправильных представлений пациента о его болезни.

2. Осознание психологических причин и механизмов болезни.

1) Объяснение понятий "функциональное" и "психогенное" расстройство.

2) Различие между поводами и причинами расстройствами.

3) Анализ конфликта.

А. Анализ требований и желаний пациента и его окружения.

Б. Осознание конфликта.

3. Решение конфликта.

4. Реконструкция системы отношений.

1. ПРЕОДОЛЕНИЕ НЕПРАВИЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ПАЦИЕНТА О ЕГО БОЛЕЗНИ

Большинство пациентов с функциональными расстройствами сердечной деятельности убеждены в том, что их болезнь имеет органические причины. Это мнение, естественно, препятствует любому виду терапии, и терапевт должен разубедить в этом пациента. Это достигается объяснением пациенту (как это принято в рациональной терапии) результатов медицинского обследования (рентгенограмма, электрокардиограмма и т.д.), исключая все сомнительные, неясные или чрезмерно сложные результаты. Результаты, которые указывают на органические нарушения, тоже обсуждаются, т.к. пациент уже знает о них или выяснит это позднее - и в том и в другом случае это будет иметь более вредные последствия, чем если врач говорит об их реальном значении и включает их в свое объяснение.

У пациента С., страдающего неврастенией с тахикардиальным синдромом и кардиофобией, в период пребывания в клинике были обнаружены гипертрофия левого желудочка сердца и незанчительные мышечные изменения на электрокардиограмме, являющиеся следствием хронической алкогольной интоксикации. Ему, однако, ничего об этом не было сказано. Выписавшись из клиники в состоянии значительного улучшения, он тем не менее, оказавшись через год в санатории, решил "проконтролироваться". Обследовавший его врач выявил точно такие же изменения, но сообщил об этом пациенту. Полностью доверяя негативным результатам прошлого обследования, пациент пришел в выводу, что у него развивается новое сердечное заболевание, после чего у него сразу же возник рецидив кардиофобии и он вернулся в клинику. Только сравнив при нем им привезенные электрокардиограммы с прежним, наглядно доказав ему их полную идентичность и объяснив причину имевшихся на них изменений, его удалось вывести из состояния тревоги.

Учитывая, что вероятность случаев, подобных приведенному, очень велика, целесообразно сообщать о таких находках больным, однако необходимо объяснить их истинное патогенетическое значение. Для этого врачу надо подчеркнуть, что обнаруженные микроорганические изменения никоем образом не могут играть роль причин имеющихся сейчас жалоб на сердце и привести соответствующие доказательства, а именно: а) не совпадение во

времени между появлением органических изменений и началом жалоб на сердце; б) несоответствие между отсутствием прогредиентности органических изменений и прогрессирующим нарастанием жалоб на сердце; в) несоответствие между постоянством органических изменений и непостоянством сердечных жалоб; г) несоответствие между незначительной выраженностью органических изменений и интенсивностью жалоб на сердце.

Отвергнув связь жалоб больного с органическими нарушениями, врач может перейти к разъяснению объективно обнаруженных функциональных расстройств. При этом не следует ограничиваться заявлением типа "Ничего страшного у вас не найдено", "Все жалобы носят чисто функциональный характер". Тем более не следует произносить таких фраз, как "Вам все это только кажется". Многие больные, недостаточно ясно понимая существо термина "функциональный", воспринимают подобные заявления как недоверие врача к их жалобам, а слова "Вам это кажется" - как слегка замаскированное обвинение в симуляции. Между тем их болезненные ощущения (сердцебиение, перебои и боли в сердце) носят субъективно совершенно реальный характер и признать их кажущимися или мнимыми они никоим образом не могут. В связи с этим возникает необходимость не голословно обозначить названные симптомы "функциональными" , а доказать, что они зависят не от внутренних причин, не от состояния сердца как такового, а от внешних психогенных факторов.

2. ОСОЗНАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЧИН И МЕХАНИЗМОВ БОЛЕЗНИ

1) ОБЪЯСНЕНИЕ ПОНЯТИЙ "ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ" И "ПСИХОГЕННОЕ" РАССТРОЙСТВО

Итак, надо доказать больному, что "функциональные" симптомы зависят от внешних психогенных факторов. Делается это в три этапа.

На первом этапе врач подчеркивает, что все обнаруженные функциональные сердечно-сосудистые нарушения носят не постоянный и необратимый, а временный и устранимый характер. Это закрепляется конкретными результатами исследования динамики нарушений. При

этом внимание пациента привлекается к максимально большому числу таких наблюдений, которые показывают возможность их нормализации даже сейчас, во время болезни.

На втором этапе необходимо добиться, чтобы больной понял, что имеющиеся у него сердечно-сосудистые нарушения и их пароксизмальные обострения во многих случаях обусловлены не чем иным, как проявлениями страха за сердце. С этой целью врач с помощью фактов, сообщенных ему в процессе психогенетического анализа самим больным в хаотическом виде, но сейчас приведенных в строгую логическую систему, опровергает уверенность пациента в том, что приступы возникают "неизвестно почему", "в самом спокойном состоянии" или даже под воздействием физических нагрузок, перегревания, алкоголя и других вредных факторов, но только не от страха. Врач говорит пациенту, что эти расстройства вызваны психологическими причинами, что очевидно по изменению артериального давления, частоты пульса, данных ЭЭГ и ЭКГ в зависимости от различных эмоциональных состояний (например, при разговорах на различные темы или в ассоциативном эксперименте).

На третьем этапе до сознания больного доводится факт, что ведущий причиной его функциональных сердечных нарушений и кардиофобии является переживание им конфликтной жизненной ситуации. При этом врачу не стоит опережать события и стремиться к тому, чтобы пациент сразу же разобрался во всех деталях истории формирования и психологического содержания конфликтной ситуации. На данном этапе подобный разговор обычно для него еще не доступен. Здесь достаточно, чтобы он уяснил лишь то, что манифестация его заболевания и все последующие проявления находятся в четкой зависимости от переживаемых им жизненных неприятностей. Для этого врачу надо напомнить пациенту им же самим приведенные описания тех ситуаций, в которых произошли самые начальные сердечные приступы. Сопоставляя эти ситуации друг с другом, он показывает, что все они вызывали у пациента одинаковые неприятные переживания, и именно в момент их появления у него и развивались сердечные приступы, сопровождающиеся страхом смерти.

После этого со стороны пациента обычно следует вопрос - каким же образом подобного рода переживания могут вызвать сердечные нарушения. Изложение пациенту механизма "психосоматического переключения" в патофизиологическом аспекте даже в схематизированном виде малодоступно для понимания. Поэтому лучше изложить этот механизм в психологическом плане, учитывая следующие пять моментов:

А. Сердце является таким органом, на деятельность которого легко отражаются самые различные переживания. При радости сердце может "запрыгать как мячик" или "вырваться из груди", при любви - "забиться как птица", при ненависти - "сжаться в кулак", при страхе - "уходить в пятки", при тоске может появиться "камень на сердце", о человеке, который остро переживает различные неприятности, говорят, что "он все близко принимает к сердцу" , и т.д.

Б. Возникающие сердечные нарушения оказываются тем сильнее, чем больше человек скрывает переживания внутри себя. Иногда тогда, когда эмоции не получают внешней разгрузки, они, накапливаются внутри, все чаще и чаще прорываются по обиходным, вегетативным путям к сердцу. Этот процесс напоминает положение, когда скапливающийся в плотно закрытом котле пар, достигнув критического давления и не найдя выхода к турбине, вырывается из него через предохранительный клапан.

В. Нарушение работы сердца в конфликтной ситуации - один из способов самозащиты организма от гнетущего влияния тяжелых жизненных переживаний. Вызывая тревогу и тревожное сосредоточение внимания на работе сердца, подобные нарушения тем самым отвлекают человека от переживаний кажущейся безвыходности его жизненной ситуации, дают возможность отложить попытки разрешить ее, отгородиться ценою болезни от еще более болезненных жизненных невзгод.

Г. Отсюда ясно, что развивающиеся нарушения являются не следствием "поломки" каких-либо частей сердца, а результатом его приспособления к работе в новых, более тяжелых психологических условиях. Это приспособление достигается либо за счет учащения, урежения или неравномерности темпа и ритма его работы, либо за счет усиления, расслабления тонуса его мышцы и сосудов. В первом случае идущие от сердца по нервам импульсы воспринимаются сознанием как сердцебиения, замирания, перебои, во втором случае – как различного характера боли.

Д. Однако не только и не столько само по себе служит источником неприятных ощущений. Ощущения как таковые рождаются не в сердце, а в психике. При этом очень важно, какое у человека настроение - спокойное или тревожное. Известно, что тревога резко повышает и даже искажает восприимчивость тех органов чувств, посредством которых человек надеется уловить сигнал об опасности и, таким образом, предостеречь себя от нее. Так если он, идя по лесу, опасается нападения грабителей, то обычный куст кажется ему похожим на подстерегающего его человека. Точно так же и страх за сердце резко обостряет восприятие именно его работы, и тогда самые незначительные изменения начинают ощущаться как чрезвычайно неприятные и болезненные.

Большинство пациентов не сразу принимают эти объяснения. Учитывая это, врач терпеливо продолжает давать необходимые разъяснения и уточнения. Однако в то же время он постепенно уводит пациента от застревания на этих вопросах и переключает его внимание на разбор основных психогенетических проблем.

2) РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ ПОВОДАМИ И ПРИЧИНАМИ РАССТРОЙСТВ

Добившись понимания пациентом функциональной природы и психогенного происхождения сердечных нарушений, врач меняет тематику проводимых собеседований. С этого момента они должны как можно меньше касаться собственно сердечных нарушений и как можно больше их психогенных причин, выявленных в процессе психогенетического анализа.

Первое, что здесь необходимо, - это разобраться в психологической взаимосвязи и патогенетической зависимости многочисленных и разнообразных жизненных событий и вызванных ими переживаний, которые так или иначе участвовали в формировании невроза. Пациент должен уяснить, что все эти события являются звеньями одной патологической цепи, но играют разную роль: только некоторые из них могут быть отнесены к подлинным причинам невроза, другие же представляют собой лишь к его возникновению.

Наименее остро подобный вопрос встает тогда, когда поводами к развитию невроза оказываются жизненные эпизоды, представляющие собой кульминацию причинных патогенных ситуаций, например: длительные служебные неприятности - увольнение с работы - невроз; многолетние жилищные неурядицы - отказ в получении квартиры - невроз; хронические семейные неурядицы - развод - невроз. В результате очевидной однотипности содержания причин и поводов пациенты сами без труда устанавливают их психологическую связь друг с другом, поскольку вторые являются очевидными следствиями первых. Они также самостоятельно и легко уясняют и патогенетическую разницу между ними.

Однако крайне остро этот вопрос встает в тех случаях, когда поводами к развитию невроза выступают случайные события, не имеющие отношения к причинным патогенным ситуациям. Например, длительные служебные неприятности - заболевание гриппом - невроз; многолетние жилищные затруднения - алкогольное опьянение -невроз; хронические семейные неурядицы - чтение в газете некролога - невроз. Самостоятельно обнаружить и понять психологические связи между переживаниями столь внешне различных событий пациенты обычно не могут. Поэтому первостепенную роль хронических жизненных затруднений они в таких случаях, как правило, игнорируют и истинными и единственными причинами заболевания ошибочно считают те обстоятельства, которые непосредственно предшествовали манифестации невроза.

Чтобы помочь пациенту осознать скрытые за поводами подлинные причины своего заболевания, необходимо возвратить его к обдумыванию тех данных, которые были получены от него в процессе психогенетического анализа еще в то время (во избежание сопротивления), когда пациент не подозревал о том, что его жалобы могут иметь психологическую причину. Искусно задавая вопросы , врач заставляет увидеть пациента не только провоцирующее его заболевание факторы, но также и причину невроза.

Пример.

Больная Т. Диагноз: неврастения с тахикардиальным синдромом и кардиофобией в форме навязчивых идей. При поступлении в клинику отрицала связь своего заболевания с психогенией и считала, что его основной причиной является грипп, осложнивший течение гипертонической болезни. Однако проведенное соматическое обследование не подтвердило наличие гипертонии. В то же время в результате психогенетического анализа было установлено, что, являясь одинокой пожилой женщиной, она уже много лет и крайне тяжело переживала свою личную неустроенность. После соответствующего разъяснения пациентка принципиально согласилась с тем, что она страдает не гипертонией, а неврозом и что последний мог возникнуть вследствии именно этих переживаний. Но ее согласие было неустойчивым. Одновременно она высказывала сомнение: "Все-таки неприятно, своим одиночеством я мучилась уже давно, но ничего - была здоровой. Заболела же я только после гриппа". Тогда состоялась следующая беседа:

Терапевт: Два дня назад вы рассказали, что в момент заболевания гриппом из-за возникшей физической слабости вы не могли сами вызвать врача, хотели попросить это сделать соседей, но их не оказалось дома.

Пациентка: Да, так это и было.

Т.: Но соседи, видимо, должны были скоро прийти?

П.: В том-то и дело, что нет. Это был воскресный день, и они уехали на дачу. Если бы они должны были скоро вернуться, я бы не испугалась.

Т.: А чего конкретно вы испугались?

П.: Своего физического состояния, конечно. Температура, слабость, голова болит...Потом у меня до этого никогда не было таких сердцебиений.

Т.: Но вы только что сказали, что, если бы соседи быстро вернулись, вы бы не испугались. Значит, одного плохого физического самочувствия было для испуга мало.

П.: Но ведь это же понятно. Когда плохо себя чувствуешь, да еще никого нет вокруг и некого попросить о помощи, так испугаешься вдвойне.

Т.: Я согласен с вами, но ведь в течение многих лет жили одна и в какой-то мере привыкли к одиночеству?

П.: Привыкла конечно...Хотя к этому привыкнуть очень трудно...Потом я вспомнила, что у меня находили гипертонию.

Т.: Вы вспомнили об этом в момент испуга?

П.: Да, а ведь это заболевание прогрессирующее. Кто знает, что оно может кончиться?! Я уже немолодая...еще два-три года, и жди чего-нибудь вроде инфаркта!

Т.: Эти мысли вам тоже пришли в голову в тот момент?

П.: Да...Я сейчас вспомнила, что даже представила себе тогда, как я умираю, а рядом ни одной родной души...Даже заплакала...

Т.: Нельзя ли все-таки предположить, что вот именно эти переживания, очень трудное положение одинокой женщины, а не грипп вызвали ваше заболевание?

П.: Не знаю.. Может быть, вы и правы.

Чтобы пациент смог полнее понять, что те события, которые он до сих пор считал причинами своего заболевания, на самом деле таковыми быть не могут, терапевту рекомендуется остановиться на следующих положениях.

Надо объяснить пациенту, что поводы не имеют самостоятельного определяющего значения и играют роль последнего толчка или случайной искры, взрывающей уже подготовленную бочку с порохом.

Надо напомнить больному, используя от него же полученные сведения, что заболевание его возникло не так уж неожиданно, как это может показаться при поверхностном рассмотрении. Еще задолго до его появления он уже находился в состоянии нервно-психического напряжения в результате переживания тех или иных хронических жизненных затруднений, а к моменту манифестации невроза это напряжение особенно сильно возросло.

Надо разъяснить пациенту, что события ,которые непосредственно спровоцировали у него манифестацию невроза, действовали на него не столько прямым путем (посредством исключительно им свойственного болезнетворного влияния), сколько путем косвенным (посредством психологической переработки этого влияния в свете индивидуального жизненного опыта).

Надо добиться, чтобы пациент припомнил, что в основе такой переработки у него лежала цепь ассоциаций, содержание которых - каким бы обстоятельствам оно вначале ни соответствовало - все более и более приближалось к содержанию его хронических жизненных затруднений в одном из основных направлений деятельности (общественном, производственном, хозяйственно-бытовом, семейном).

И наконец, надо, чтобы пациент уяснил, что конечное переживание, к которому привела цепь возникших ассоциаций, представляло результат сравнения своего настоящего положения с общей жизненной ситуацией, что привело к мысли (путь мимолетной) о крайней сложности или даже невозможности устранения имеющихся хронических жизненных затруднений.

3) АНАЛИЗ КОНФЛИКТОВ

Проникнув вместе с больным через "барьер поводов" в содержание переживаемой им патогенной жизненной ситуации, терапевт еще раз круто изменяет тематику проводимых бесед. С этого момента рекомендуется как можно меньше касаться сердечных нарушений и поводов к их возникновению и как можно больше их подлинных психогенных причин. Терапевт неуклонно уводит пациента от застревания на вопросах своего соматического состояния и направляет его активность на обсуждение актуальных психологических проблем.

Основное, что здесь требуется сделать,- это довести до сознания пациента положение, что неврозы возникают не в результате одностороннего воздействия на человека психотравмирующих факторов, а в результате двустороннего воздействия с ними.

Иными словами, пациент должен понять, что причиной его невроза является сложная жизненная ситуация или конфликт и что любой по содержанию конфликт всегда представляет собой следствие не только неблагоприятного стечения внешних обстоятельств, но и нерационального отклонения к этим обстоятельствам и нерационального поведения при них самого больного. А отсюда возникает необходимость убедить больного обдумать и самокритично оценить - какую роль в происхождении переживаемого им конфликта (или ситуации) играют, с одной стороны, объективно трудные, не зависящие от его желаний и воли жизненные обстоятельства, а с другой стороны, его собственные неправильности в отношениях и поведении, зависящие исключительно от особенностей его личности.

Достигнуть этой цели очень трудно. Большинство пациентов (особенно больных истерией) видит причину своих страданий только в неблагоприятных внешних условиях жизни, в несправедливом отношении к ним отдельных лиц из их микросоциального окружения, но категорически отрицают свой личный "вклад" в развитие патогенной конфликтной ситуации. Те же, которые настроены более самокритично, проявляют эту критику "в общих чертах", но уходят от признания конкретных недостатков или же соглашаются со второстепенными, но отнюдь не главными. Даже пациенты с заниженной самооценкой (например, страдающие психастений), бичуя себя за нерешительность, мнительность, практическую беспомощность и т.д., в то же время отказываются от эгоистической направленности ряда своих целей и желаний. Когда же терапевт пытается доказать им это "наскоком", без достаточной предварительной подготовки, то он сразу же наталкивается на обвинение в их непонимании, и в итоге на негативное отношение к продолжению психотерапии.

А. Анализ требований и желаний пациента и его окружения.

Пациента, следовательно, надо постепенно подводить к осознанию своего вклада в возникновение конфликтной ситуации, изучая вместе с ним компоненты его конфликта. Терапевт пытается объективно и беспристрастно анализировать позиции и интересы всех участвующих в развитии конфликта лиц.

Прежде всего пациенту предлагается в произвольной последовательности сформулировать все свои недовольства теми или иными сторонами жизни и все свои претензии к лицам, с которыми он находится в конфликтных отношениях. Далее следует систематизировать его претензии и недовольства по степени их субъективной значимости: какие из предъявленных претензий пациент считает самыми главными, то есть такими, неудовлетворенность которых в наибольшей мере мешает ему жить и трудиться в соответствии со своими желаниями; какие он полагает менее важными, но все же их невыполнение заметно досаждает ему; и какие он относит к третьестепенным - отсутствие их реализации неприятно, но он все же может мириться с ними.

После этого пациента просят перечислить по степени субъективной важности все то, чем он удовлетворен и доволен в своей судьбе и, в частности, попытаться определить, обладают ли какими-либо положительными качествами и достоинствами те лица, с которыми он находится в конфликтных отношениях.

Завершив уточнение отрицательных и положительных отношений пациента к основным сторонам жизни и к тем лицам, которые оказались втянутыми в конфликтные отношения с ним (и одновременно отведя от себя возможные обвинения в односторонности и необъективности), терапевт предлагает ему еще более сложную задачу - самокритично сформулировать и представить в виде аналогичного перечня отрицательные и положительные качества своей собственной личности и оценить их роль в развитии патогенного конфликта.

В заключение требуется сравнить все высказанные пациентом претензии и положительные оценки в адрес своего социального окружения с претензиями и положительными оценками этого окружения в его адрес и, кроме того, с результатами объективного наблюдения за особенностями его поведения в клинике.

Б. Осознание конфликта.

Собрав все эти материалы и объединив их ранее сообщенными пациентом данными об истории формирования своей личности и развитии патогенной жизненной ситуации, терапевт переходит к процессу непосредственного доведения до сознания пациента подлинного содержания его конфликта с внешним окружением и (или) с самим собой и мотивов, которые лежат в его основе. При этом, вбирая тактику, надо иметь в виду два ее варианта.

Первый вариант используется в том случае, если пациент активно сотрудничает с терапевтом. Тогда уже по ходу сбора перечисленных выше сведений он, самостоятельно сопоставляя их друг с другом, начинает улавливать те или иные несоответствия между ними и, самокритично обдумывая последние, постепенно приходит к правильному выводу о положительных и отрицательных качествах собственной личности и о соотносительной роли ее тенденций и внешних влияний в развитии патогенного конфликта. Здесь активность терапевта может быть минимальной. Она заключается лишь в просьбах к пациенту избегать общих и уклончивых фраз и как можно более конкретно формулировать все свои претензии и оценки, а также в постановке перед ним дополнительных детализирующих и уточняющих вопросов.

Второй вариант практики применяется тогда, когда пациент активно сопротивляется проведению психотерапии и отказывается от самостоятельного сопоставления и самокритического обсуждения собранных данных. В таком случае можно прибегнуть к приему так называемой "конфронтации".

Прежде всего здесь требуется подчеркнуть доброжелательное и внимательное отношение терапевта к пациенту, но одновременно его полную беспристрастность. Для этого, в частности, терапевт излагает свое понимание сильных сторон личности пациента и всех его справедливых требований к окружающему. Однако затем терапевт мягко, но решительно ставит пациента перед фактом, что целый ряд сообщенных им сведений о своих личных качествах и особенностях своих отношений к окружающему или окружающего к нему не соответствует действительности, поскольку эти сведения: а) опровергаются прямо противоположными данными, полученными от близких, сослуживцев, из характеристик и т.д.; б) находятся в очевидном противоречии с результатами наблюдений за его поведением в клинике (приводятся конкретные наблюдения); в) исключаются им самим же ранее рассказанными эпизодами из своей жизни, свидетельствующими о возможности совершенно другого поведения.

Столкнув столь решительным образом мнение пациента с не соответствующими этому мнению аргументами, терапевт просит пациента откровенно объяснить, чем же обусловливаются такие расхождения. Если пациент продолжает настаивать на своей правоте, врач приводит новые контраргументы, а затем задает такую серию вопросов, ответы на которые неизбежно обнажают не только ошибочность мнения пациента, но и скрытые мотивы этой ошибочности.

Больная Г.Диагноз: истерия с кардиалгическим синдромом и кардиофобией в форме навязчивых идей. Признав, что причиной невроза у нее является сложная семейная ситуация, основную вину за ее создание возложила на мужа. При систематизации своих многочисленных

претензий в его адрес по степени их субъективной значимости к наиболее раздражающим ее качествам отнесла ограниченность интересов мужа, его эгоистичность, грубость и бестактность, отсутствие у него "культурного лоска" и "интеллигентности в поведении".

При такой же группировке положительных условий ее жизни на первом месте отметила хорошее материальное положение (высокую заработную плату мужа и хорошую квартиру), а затем "в общем неплохой характер" мужа (он хороший семьянин, очень ей предан, не пьет и не имеет других интересов на стороне).

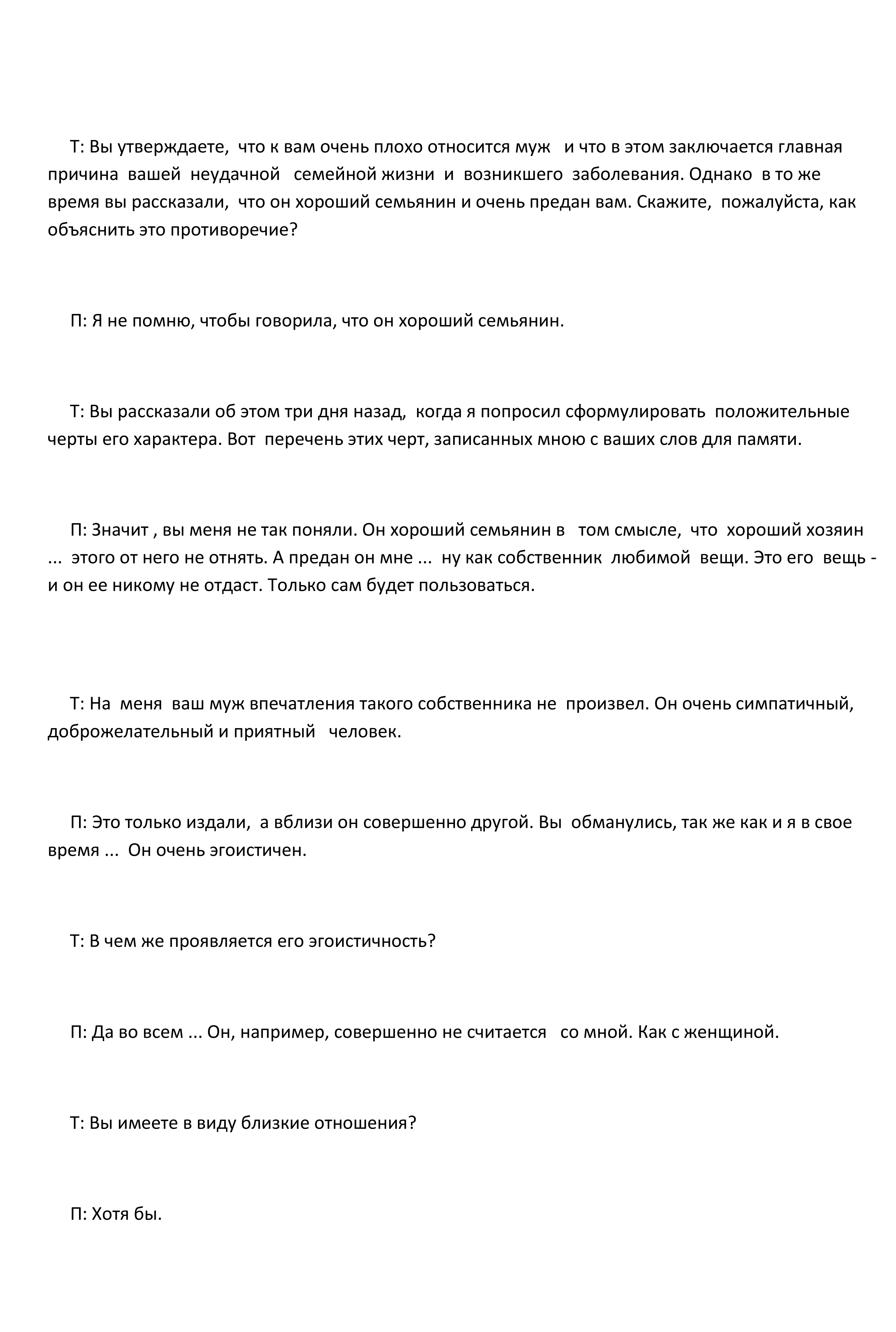
При оценке различных сторон собственной личности пациента в числе отрицательных черт указала на недостаточную силу воли и трусливость, приводящую к нерешительности во взаимоотношениях с мужем, и на завистливость, заставляющую ее все время мучиться сравнениями своей неудачной семьи с удачными. В ряду же своих положительных качеств она упомянула честность и сдержанность, позволяющие ей объективно относиться к мужу и не только не говорить о его недостатках окружающим , но даже стараться "подать" его в лучшем виде.

В результате беседы с мужем выяснилось, что он никак не может быть отнесен к разряду людей с ограниченными интересами. В поведении же его действительно сквозила прямодушная грубоватость, но в сочетании с мягкой доброжелательностью. Он сообщил, что его очень волнует холодность жены: она никогда не приласкается к нему, когда же он пытается это делать, она отгоняет его. Кроме того, он рассказал, что супруга категорически не хочет иметь ребенка, что его очень обижает.

Наблюдение за поведением пациентки в клинике показало, что она весьма эгоистична, ни с кем не делится, ленива – с неохотой участвует в работах по самообслуживанию, в то же время активно участвует в различных развлечениях, любит бывать в обществе мужчин и симпатизирует наиболее интеллигентным из них.

При беседах, направленных на выяснение ее оценок отрицательных и положительных сторон ее жизни и собственной личности, пациентка стремилась избегать точных и конкретных формулировок, обо всем говорила туманно и расплывчато, не замечала ни малейшей заинтересованности в их самокритическом сопоставлении и обсуждении. Она неустанно повторяла лишь одно, что причиной всех ее болезненных переживаний является грубый и бестактный муж.

В этой обстановке было принято решение использовать прием конфронтации. Здесь приводится лишь конечная часть беседы.



Т: Вы утверждаете, что к вам очень плохо относится муж и что в этом заключается главная причина вашей неудачной семейной жизни и возникшего заболевания. Однако в то же время вы рассказали, что он хороший семьянин и очень предан вам. Скажите, пожалуйста, как объяснить это противоречие?

П: Я не помню, чтобы говорила, что он хороший семьянин.

Т: Вы рассказали об этом три дня назад, когда я попросил сформулировать положительные черты его характера. Вот перечень этих черт, записанных мною с ваших слов для памяти.

П: Значит , вы меня не так поняли. Он хороший семьянин в том смысле, что хороший хозяин ... этого от него не отнять. А предан он мне ... ну как собственник любимой вещи. Это его вещь - и он ее никому не отдаст. Только сам будет пользоваться.

Т: На меня ваш муж впечатления такого собственника не произвел. Он очень симпатичный, доброжелательный и приятный человек.

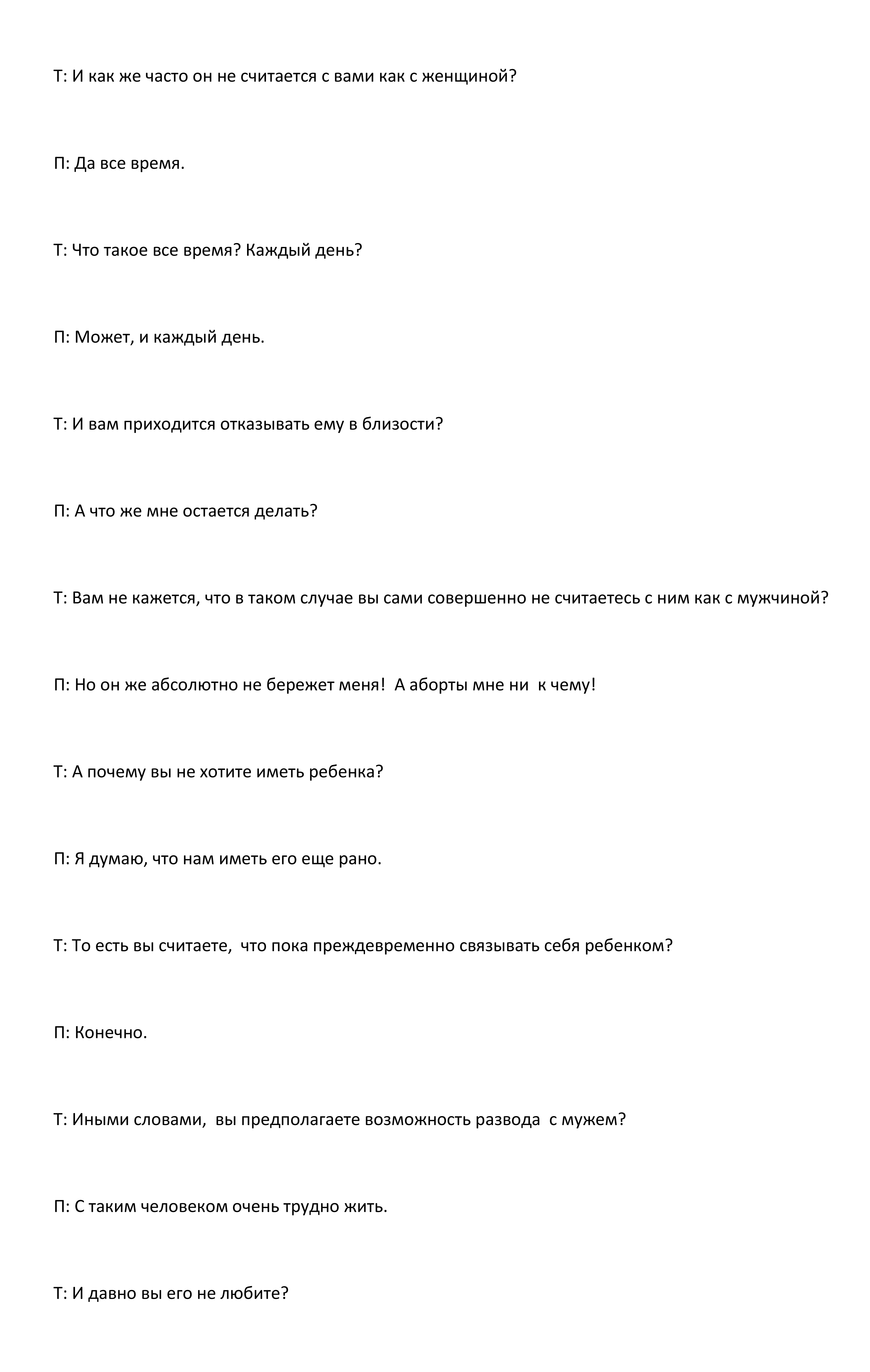
П: Это только издали, а вблизи он совершенно другой. Вы обманулись, так же как и я в свое время ... Он очень эгоистичен.

Т: В чем же проявляется его эгоистичность?

П: Да во всем ... Он, например, совершенно не считается со мной. Как с женщиной.

Т: Вы имеете в виду близкие отношения?

П: Хотя бы.



Т: И как же часто он не считается с вами как с женщиной?

П: Да все время.

Т: Что такое все время? Каждый день?

П: Может, и каждый день.

Т: И вам приходится отказывать ему в близости?

П: А что же мне остается делать?

Т: Вам не кажется, что в таком случае вы сами совершенно не считаетесь с ним как с мужчиной?

П: Но он же абсолютно не бережет меня! А аборты мне ни к чему!

Т: А почему вы не хотите иметь ребенка?

П: Я думаю, что нам иметь его еще рано.

Т: То есть вы считаете, что пока преждевременно связывать себя ребенком?

П: Конечно.

Т: Иными словами, вы предполагаете возможность развода с мужем?

П: С таким человеком очень трудно жить.

Т: И давно вы его не любите?

П: Я не говорила вам, что не люблю его.

Т: Но это и так видно. Припомните: вы не хотели выходить за него замуж. С первого дня начали отказывать ему в близости. Не хотите иметь от него ребенка. Отрицательно характеризуете его как человека. Предполагаете вероятность развода. В то же время завидуете счастливым семьям, охотно знакомитесь с другими мужчинами. Разве все эти действия можно назвать иначе, чем нелюбовь к мужу?

П: Хорошо, допустим, я его действительно не люблю. Но ведь не я же в этом виновата?! Если бы он иначе вел себя, я, может быть, и любила бы его?!

Т: Это очень важный вопрос, но его лучше обсудить позже. Сейчас же вам необходимо прийти к какому-то определенному выводу относительно высших чувств к мужу.

П: В таком случае считайте, что разочаровалась в нем.

П: Тогда я хотел бы спросить вас о следующем. В числе положительных черт своего характера вы упомянули честность. Но если вы честный человек и не любите своего мужа, то почему честно не скажете ему об этом?

П: Это было бы для него психотравмой ... Он же пусть по-своему, но любит меня!

Т: Но вы бы так или иначе нанесли ее, когда бы стали с ним разводиться. Для чего же вы откладываете с ним откровенный разговор?

П: Если я сейчас ему об этом скажу, значит, сразу же должна рвать с ним отношения, а куда я денусь?

Т: Останетесь на месте, пока не разменяете квартиру мужа или же переедете к матери.

П: Но ведь отец умер, а мама на пенсии!

Т: А причем здесь пенсия?

П: Ведь жить-то на что-то надо? Я получаю не так уж много ... Маме же после смерти отца мы с мужем всегда помогали.

Т: Если я вас правильно понял, вам не хочется терять того материального комфорта, который вы сейчас имеете?

П: И не хочется ... и хочется. Здесь все так перепутано ... Я не могу этого объяснить.

Т: Но все же объяснить это надо.

П: Мне кажется, что дело здесь не только в материальном достатке ... Я сейчас подумала, что главная трудность, пожалуй, состоит в том, что я до сих пор не могу твердо сказать - люблю или не люблю я своего мужа. Не буду скрывать, он всегда мне очень нравился внешне. И наверное, характер у него в целом не такой уж плохой. Но я, видимо, так воспитана, что всегда мне этого мало ... Ко мне нужен еще какой-то особый подход как к женщине. А у него такого подхода нет и не было - и мои чувства к нему с самого начала затормозились. Возможно, именно поэтому я все время колебалась, уйти от него или нет. Ну а материальный достаток еще больше препятствовал такому уходу. Он для меня привычен, и в этой неразберихе терять я его, конечно, не хотела.

Приведенный пример, иллюстрируя процесс конфронтации, одновременно наглядно показывает, что важнейшим итогом осознания подлинных причин и механизмов невроза должно являться не формальное согласие пациента с психотравматичностью тех или иных внешних влияний или с неправильностью ряда своих отношений к внешней действительности, а вскрытие и уяснение существа лежащих в основе патогенного жизненного конфликта напряженных противоречий между своей личностью и окружением. Это же существо заключается в том, что в глубине каждого из таких противоречий лежит столкновение биологически важных - безусловнорефлекторных или близких к ним по значимости тенденций (материальных, активно- и пассивнооборонительных, сексуальных) и что эти тенденции вследствие своей противоположной направленности блокируют друг друга и поэтому не могут рациональным образом разрешиться.

3. РЕШЕНИЕ КОНФЛИКТА

Патогенная жизненная ситуация является одним из самых важных факторов в генезе невротических расстройств. По этой причине одной из главных задач психотерапевта является помощь пациенту в решении этой трудной жизненной ситуации. Продуктивное разрешение патогенной ситуации многие психотерапевты ставят в зависимость от нахождения рационального выхода из нее. Воплощение в жизнь найденного рационального выхода начинается в процессе психотерапии, а завершается позже - за пределами психотерапевтической среды, в процессе социально-трудовой реадаптации.

Приступая к нахождению "рационального выхода", терапевт должен отдавать себе отчет в том, что это такое. Несмотря на частое использование этого термина в литературе и его общую семантическую понятливость, четкого определения его смысла в узко психотерапевтическом значении не имеется.

Очень редко одни только внешние обстоятельства ответственны за возникновение проблематичной ситуации. Так же редко причины конфликта лежат только в личности пациента. Почти всегда виноваты обе стороны: и неправильное отношение к пациенту социального окружения, и неправильное отношение пациента к его окружению (хотя не ясно, какая из сторон вносит большой вклад в возникновение конфликта). А отсюда следует, что рациональным можно считать лишь такой выход из патогенной жизненной ситуации, который осуществляется не за счет односторонних уступок только социальной среды или только одного пациента, а за счет уступок взаимных, эквивалентным справедливым требованиям друг к другу, и который в равной мере удовлетворяет все участвующие в конфликте стороны. Иными словами, рациональный выход есть идеальный компромисс.

Начинать эту работу следует с постановки и обсуждения вопроса о том, какие из лежащих в основе данного конфликта взаимных претензий пациента и его социального окружения являются объективно справедливыми (и в принципе должны быть удовлетворены) и какие - объективно несправедливыми (и в принципе должны быть отвергнуты).

При обсуждении этого вопроса терапевт занимает абсолютно нейтральную позицию и руководствуется в качестве критерия не своими личными симпатиями и антипатиями, а только, с одной стороны, общепринятыми нормами и правилами общежития, а с другой - оценкой

имеющихся у пациента реальных и потенциальных возможностей жить в соответствии с этими правилами.

После этого решается вопрос, какие из справедливых требований пациента к своему окружению могут быть реально удовлетворены, а какие не могут или имеют крайне неясные и проблематичные перспективы.

Только теперь терапевт может приступить к непосредственной работе с пациентом - к совместному с ним поиску рационального выхода. При этом терапевт ни в коем случае не должен директивно навязывать пациенту своего мнения. Пациент должен критически взвесить все "за" и "против" в отношении каждого возможного варианта разрешения патогенной ситуации и выбрать наиболее оптимальный из них.

Такой выбор представляет для пациента крайне трудное дело. Поэтому даже в лучшем случае (при относительной несложности конфликтной ситуации) он за редкими исключениями приходит к нему не сразу, а поэтапно. Вначале, ориентируясь на свои прошлые бесплодные метания в поисках выхода, пациент вообще отрицает его возможность. Затем он пытается настоять на полярных , взаимоисключающих друг друга решениях типа "или-или", влекущих за собой удовлетворение одних требований при резком возрастании неудовлетворенности других. Потом он начинает находить возможности частичного решения своих проблем, у него обнаруживается мозаичность согласий и несогласий с их отдельными аспектами. И лишь впоследствии наметившийся частичный компромисс начинает постепенно расширяться и приближаться к полному. Только в итоге напряженных и порой мучительных размышлений находится такой вектор поведения, который сопутствует всем справедливым требованиям пациента к своему окружению и окружения к нему.

Примеры:

1. Больной Ч. Диагноз: истерия с тахикардиальным синдромом и кардиофобией в форме сверхценных идей. Вначале никакого рационального выхода из приведших к неврозу производственной и жилищной конфликтных ситуаций не видел: "Работать я из-за болезни не могу, а жилплощадь служебная - что делать , не знаю". Затем он начал обдумывать такие полярные варианты: "Или пусть меня признают инвалидом из-за аварии в котельной (и, как получившего инвалидность на работе, не выпишут со служебной площади), или я уеду в деревню". Потом, согласившись, что инвалидом он не является и работать может, стал требовать, чтобы домоуправление создало ему удовлетворительные условия для труда и, в частности , улучшило технику безопасности в котельной. И лишь впоследствии пациент пришел к выводу, что хотя домоуправление действительно обязано улучшить условия работы операторов, но он, если хочет сохранить жилплощадь, должен, со своей стороны, прекратить халатно относиться к служебным обязанностям и проявить себя на работе как можно лучше.

2. Больная Г.(см.выше). Диагноз: истерия с кардиалгическим синдромом и кардиофобией в форме навязчивых идей. Поначалу также никакого рационального выхода из приведшей к неврозу семейной конфликтной ситуации не находила" "Навек попала в кабалу к грубому собственнику". Затем высказала такие, исключающие друг друга возможности ее разрешения: или муж круто изменит к ней свое отношение (станет не грубым, а деликатным, будет тактично вести себя с ней как с женщиной, перестанет требовать рождения ребенка), или она разведется с ним. Потом, решив, что реальных шансов вступить в повторный брак и к тому же с "идеальным" человеком у нее не имеется, что материально она одна хорошо обеспечить себя и мать не сумеет и что у мужа все же есть ряд достоинств, пациентка стала склоняться к мысли , что сможет попытаться привыкнуть к нему, если он не будет настаивать на немедленном рождении ребенка. И только после этого пациентка постепенно подошла к выводу, что хотя мужу и действительно следует более тонко относиться к ней, однако воспитание в нем такой тонкости серьезно блокируется его неверием в ее любовь; наиболее же полным проявлением ее любви к нему было бы рождение желанного для него ребенка.

4. РЕКОНСТРУКЦИЯ СИСТЕМЫ ОТНОШЕНИЙ

Осознание пациентом своих неправильных отношений и вытекающих из них неадекватных требований к окружающим является недостаточным для достижения стойкого терапевтического изменения. Более того, изменение отношения пациента к конкретной конфликтной ситуации или к человеку, непосредственно вовлеченному в конфликт , также может оказаться недостаточным, если не подвергнута реконструкции система отношений пациента в целом, если им не пересмотрены его жизненные позиции, установки, убеждения.

Реконструкция системы отношений не может быть подменена морализацией и дачей общих рекомендаций типа: "Вам необходимо изменить характер", "Учитесь сдерживать себя", "Будьте активнее и смелее". Подобные рекомендации бесполезны, так как пациент не знает, как это сделать.

Возможности индивидуальной психотерапии в деле реконструкции системы отношений, в деле перевоспитания пациента, изменение его характера ограничены, хотя жизненный опыт врача и может сыграть определенную роль.

Принцип лечения методом психотерапии, по В.Н.Мясищеву, заключается в переделке личности в процессе общения и совместного труда и быта. В связи с этим большое значение приобретает групповая психотерапия, предоставляющая большие возможности для осознания пациентами дезадаптивных стереотипов поведения, выработки новых, адаптивных форм поведения и проверки их эффективности в условиях реального взаимодействия с участниками группы.

Однако, сколь бы ни была эффективна групповая психотерапия, процесс реконструкции личности не ограничивается ею. Достигнутые терапевтические изменения, новые образцы поведения должны быть генерализованы за пределы психотерапевтической среды и закреплены в условиях реальной жизни пациентов: в быту, в семье, в производственном коллективе. Такая реабилитационная программа может быть осуществлена только совместными усилиями врачей, психологов и социальных работников.

ЛЕКЦИЯ ДЕСЯТАЯ Лекция 10.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ГРУППОВОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

В.Н.Мясищев указывал, что понятие "отношение" приоткрывает дверь в мир синтетических категорий, среди которых как одно из наиболее важных он выделял понятие "общения" - процесс взаимодействия между людьми , являющийся необходимой предпосылкой формирования и развития личности. Поскольку процесс этот всегда протекает в условиях той или иной группы, мы не можем не учитывать всей важности роли группы в формировании индивидуальной системы отношений (Б.Д.Карвасарский, В.А.Мурзенко, 1977).

Согласно взглядам выдающегося русского психолога Л.С.Выгодского, высшие психические функции складываются первоначально между людьми как интерпсихическая категория, а только затем в личности как интрапсихическая. С первых же дней своей жизни, являясь участником самых различных социальных групп (начиная от нуклеарной семьи и последовательно включаясь во все более широкие и дифференцированные группы - такие, как дошкольные, школьные, профессиональные, дружеские и т.д.), человек усваивает нормы этих групп, учится занимать в них определенные позиции, выполнять определенные роли, соотносить собственные тенденции с требованиями группы и т.д. Интериоризация этих норм, ролей, позиций и ведет к развитию и формированию личности как индивидуальной системы общественно значимых отношений. Если же развитие это протекает в неблагоприятных условиях, то диапазон социального поведения человека, а следовательно, и его система отношений окажутся суженными, неадекватными и в субъективно трудной ситуации не смогут обеспечить ему полноценного функционирования и развития.

Корни невроза, как и особенности личности, закладываются в раннем детстве. Семья, таким образом, является первичной моделью социальной группы, в которой ребенок начинает

формироваться как личность, приобретает первые навыки межличностного общения, первый опыт эмоционального восприятия и переживания. Если же этот опыт окажется неблагоприятным (а это бывает следствием нарушения отношений в семье), у ребенка начинают вырабатываться неадекватные отношения и формы эмоционального реагирования. В зависимости от степени и силы выраженности эти первичные нарушения могут значительно затруднять возможности последующей коррекции через участие в новых для индивида социальных группах, а зачастую по принципу "порочного круга" могут даже усиливаться, приводя в конце концов к выраженному невротическому конфликту, который всегда проявляется не только в индивидуальных, личных проблемах больного неврозом, но и в его нарушенных межличностных отношениях - отношениях с другими людьми.

С этой точки зрения особое значение приобретает возможность направленного использования группы для воздействия на отдельных ее участников, причем особо ценной для психотерапевтической практики является возможность достичь изменения не только внешних, поведенческих реакций , но и особенностей эмоционального восприятия и реагирования, ценностных ориентаций и в конечном счете - системы отношений больного. Как указывают Б.Д.Карвасарский и В.А.Мурзенко (1977), психотерапевтический потенциал групповых методов не ограничивается возможностью использования воздействия группы на отдельного ее участника. Если бы психотерапевтическое воздействие группы ограничивалось лишь этим феноменом, то групповые методы не имели бы никаких дополнительных механизмов коррекции по сравнению с индивидуальной психотерапией: в одном случае инструментом воздействия выступает психотерапевт, в другом - группа, и это было бы единственное различие. Групповая психотерапия представляет иной аспект воздействия на внутриличностные структуры.

В психотерапевтической группе каждый пациент моделирует свою реальную жизненную ситуацию, использует привычные для него стереотипы поведения, реализует характерные отношения и установки. Здесь он получает возможность "посмотреть на себя со стороны", понять непродуктивный характер своего поведения и общения и в психотерапевтической обстановке прийти к изменению нарушенных отношений, приобретая навыки полноценного общения, отказываясь от невротических защитных механизмов, осваивая иные , более адекватные формы эмоционального реагирования и поведения.

Таким образом, групповой психотерапевтический процесс охватывает не только индивидуальную проблематику пациента в ее непосредственном выражении, но и преломление индивидуальных проблем в реальных отношениях , складывающихся в группе - с другими членами группы, с группой как целым, с психотерапевтом. Специфичность групповой психотерапии заключается в осознанном и целенаправленном использовании всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы (включая психотерапевта), т.е. происходит целенаправленное использование групповой динамики в лечебных целях. Другим теоретическим основанием для разработок проблем групповой патогенетической психотерапии наряду с концепцией "интериоризации" Л.С.Выгодского служит стратометрическая концепция групповой активности А.В.Петровского ("теория деятельностного опосредования межличностных отношений в группе").

Эта концепция преодолевает односторонность зарубежных теорий групповой динамики, в рамках которых группа рассматривается лишь как совокупность интеракционистских и коммуникативных актов без учета содержательной стороны деятельности группы. В этих теориях параметры групповой активности относятся лишь к самому низкому уровню развития группы - к диффузной группе.

В диффузной группе определяющими являются непосредственные отношения и непосредственное взаимодействие (интеракция) между индивидами : эмоциональные контакты, податливость или сопротивление групповому взаимодействию и т.п. Эти взаимодействия не опосредованы содержательной стороной совместной коллективной деятельности. Здесь оказывается правомерным подразделение индивидов на конформистов и нонконформистов, на "звезд" и "отверженных".

Развитая группа, или коллектив, в отличие от диффузной группы, характеризуется иными параметрами - здесь взаимодействие и взаимоотношения опосредованы целями, задачами и ценностями совместной деятельности , ее реальным содержанием.

Согласно А.В.Петровскому, структуру малой группы можно представить как состоящую из трех слоев ("страт"):

1. Внешний уровень - уровень эмоциональных межличностных отношений. Отношения на этом уровне строятся на основе привязанностей или антипатий, имеют непосредственно эмоциональную основу.

2. Ценностно-ориентационное единство. Этот страт характеризуется тем, что отношения здесь опосредованы совместной деятельностью. Другой член группы "принимается" каждым на том основании, что мир его ценностных ориентаций схож с его собственным миром ценностей.

3. На третьем уровне отмечается еще большее включение индивида в совместную групповую деятельность. Члены группы разделяют цели групповой деятельности. Это "ядерный" слой внутригрупповых отношений.

Три "страта" групповых структур, по А.В.Петровскому , могут одновременно быть рассмотрены и как три уровня развития группы, в частности три уровня групповой сплоченности. На первом уровне сплоченность выражается развитием эмоциональных контактов. На втором уровне - что соответствует ценностно-ориентационному единству - происходит дальнейшее

сплочение группы, и теперь это выражается в совпадении основной системы ценностей, связанных с процессом совместной деятельности. На третьем уровне - что соответствует "ядерному" слою внутригрупповых отношений - интеграция группы, а значит, и ее сплоченность проявляются в том, что все члены группы начинают разделять общие цели групповой деятельности.

Использование стратометрической концепции позволяет глубже понять специфику групповой динамики. Открываются новые перспективы повышения эффективности групповой психотерапии путем целенаправленного воздействия на процессы формирования и развития психотерапевтической группы.

Целью группового психотерапевта является ПРЕВРАЩЕНИЕ ДИФФУЗНОЙ ГРУППЫ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОЛЛЕКТИВ.

Коллектив - это общность людей , в которой межличностные отношения опосредуются общественно ценным и личностно значимым содержанием совместной деятельности. Поэтому задача психотерапевта заключается не только в том, чтобы создать "психотерапевтическую атмосферу", способствующую разрешению проблематики отдельных участников (на чем обычно делается акцент), а также и в том, чтобы в процессе группового общения сформировать некоторые опосредующие его общегрупповые ценности, которые, интериоризуясь, могли бы стать "новыми" свойствами личности, обеспечивающими процесс последующей реабилитации.

Предметом совместной деятельности всех членов психотерапевтического коллектива является система отношений каждого из его членов. Коррекция неадекватных отношений, формирование социально приемлемой системы отношений у каждого члена группы и является социально и личностно-значимым в предмете совместной деятельности всех. Пациент, приходя в группу, изначально мотивирован лишь своими личными проблемами и не обнаруживает заинтересованности в излечении каждого члена группы. В результате направленной работы психотерапевта члены психотерапевтической группы начинают осознавать необходимость кооперации усилий, необходимость активного участия во внутригрупповом взаимодействии. Пациент на первых же этапах групповой психотерапии несколько меняет свою позицию и начинает рассматривать группу в целом и каждого ее члена в качестве инструмента психотерапевтического воздействия. Иными словами, он осознает пользу группы для самого себя. Члены группы начинают понимать, что метод групповой психотерапии предполагает такое взаимодействие, при котором каждый будет проявлять заботу о других, вникать в переживания , проблемы других. В сознании каждого утверждается понимание того факта, что сосредоточение на себе, безразличие к переживаниям, проблемам другого блокирует лечебные возможности метода групповой психотерапии. Таким образом, достигается осознание необходимости СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, понимание невозможности достижения поставленной цели без включения в совместную групповую деятельность, без подчинения ее законам.

В группе, не достигшей стадии коллектива, мотивом деятельности каждого из ее членов является его собственное выздоровление. Но, поскольку выздоровление достигается в процессе группового взаимодействия, то участие в этом взаимодействии выступает целью, отвечающей мотиву деятельности каждого. Именно такого рода ценностные представления членов группы и опосредуют межличностные отношения в ней. Отсюда и определенный интерес к делам другого, к его переживаниям и т.п.

В группе , достигшей стадии коллектива, нормой является положение, при котором здоровье другого, восстановление им полноценных контактов с его социальным окружением, сознательное и достойное участие в жизни общества, вся его дальнейшая судьба выступают САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ценностью. Именно на это направлена совместная деятельность психотерапевтического коллектива.

Таким образом, не следует забывать, что мотив, с которым приходит в психотерапевтическую группу пациент, и мотив, которым руководствуется в работе с группой психотерапевт, не совпадают. В этом нет ничего удивительного. Психотерапевт заинтересован в выздоровлении каждого члена группы, всей группы в целом. Пациент изначально мотивирован лишь своими личными проблемами и не обнаруживает заинтересованности в излечении каждого члена психотерапевтической группы, в котором он пока видит случайного (может быть, симпатичного, возможно, и антипатичного) попутчика.

На первых же этапах групповой психотерапии пациент несколько меняет свою позицию и начинает рассматривать группу в целом и каждого ее члена в качестве своего рода "инструмента" психотерапевтического воздействия. Иными словами, он осознает пользу психотерапевтической группы для себя самого. Переход от диффузной психотерапевтической группы к сообществу, где отношения опосредованы задачей деятельности, таким образом, уже оказывается намечен. Но это еще не переход к психотерапевтическому коллективу.

Коллективом психотерапевтическая группа становится, когда мотивы психотерапевта и каждого члена группы начинают совмещаться, совпадать, когда в группе обнаруживается система отношений, которая реализует принцип: "Здоровье каждого - богатство всех". Деятельность группы здесь направлена на решение проблем каждого ее члена, и тем самым межличностные отношения и личные проблемы каждого оказываются трансформированными в направлении, желательном для психотерапевта и успеха лечения.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГРУППОВОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Целью групповой патогенетической терапии является коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных реакций и форм поведения посредством направленного воздействия психотерапевтической группы на основные компоненты отношений личности: когнитивный, эмоциональный и поведенческий.

Конкретные задачи в каждой из этих сфер формулируются следующим образом (Г.Л.Исурина, 1983; Г.Л.Исурина, Б.Д.Карвасарский и др., 1989).

1. Когнитивная сфера

В когнитивной (познавательной) сфере пациент должен осознавать три главных момента:

инсайт N 1 - осознать связь между различными психогенными факторами (психотравмами, патогенными ситуациями) и невротическими расстройствами (эмоциональными нарушениями);

инсайт N 2 - "интерперсональное осознание" - уяснить меру своего участия в возникновении конфликтных и травмирующих ситуаций, то есть каким образом он сам своим поведением и своими отношениями способствует этому, а также понять, каким путем можно было бы предотвратить повторение конфликтных ситуаций через другое поведение и другие отношения;

инсайт N 3 - "генетическое осознание" - уловить более глубокие причины собственных переживаний и способов поведения начиная с детства , а также особенностей и условий формирования своей системы отношений.

2. Эмоциональная сфера

В эмоциональной сфере пациент может:

1) в атмосфере откровенности и доверия свободно раскрыть свои проблемы с соответствующими чувствами (часто скрытыми не только для окружающих, но и от себя самого);

2) получить эмоциональную поддержку, необходимую для ослабления действия невротических защитных механизмов, стабилизация самооценки, повышения самоуважения, изменения эмоционального отношения к самому себе;

3) получить возможность осуществить эмоциональную коррекцию своих отношений, модифицировать способ переживаний и реагирования, восприятия своих отношений с окружающими.

3. Поведенческая сфера

Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

1) приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения с окружающими;

2) преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в процессе психотерапии, в частности связанные с избеганием субъективно сложных ситуаций;

3) развивать формы поведения, связанные с сотрудничеством, ответственностью и самостоятельностью;

4) закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;

5) вырабатывать и закреплять адекватные формы поведения и реагирования на основании достижений в познавательной и эмоциональной сферах.

МЕХАНИЗМЫ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ГРУППОВОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Чрезвычайно важным является вопрос, какие феномены, возникающие в группе, способствуют решению психотерапевтических задач и могут рассматриваться как факторы и механизмы лечебного действия.

В качестве основных механизмов лечебного действия патогенетической психотерапии могут рассматриваться: корригирующий эмоциональный опыт, конфронтация и научение (А.А.Александров, Б.А.Бараш, Г.Л.Исурина, Б.Д.Карвасарский

и др., 1992).

КОРРЕГИРУЮЩЕЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ. Это понятие включает несколько аспектов и прежде всего эмоциональную поддержку. Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его психотерапевтом (или психотерапевтом и группой), признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовности понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей. Конструктивная переработка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания предполагает принятие пациентом новой информации о себе, которая часто не соответствует собственным представлениям. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе препятствуют

восприятию пациентом новой информации, обостряя действие защитных механизмов. Более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает пациента более открытым новой информации и новому опыту. Эмоциональная поддержка оказывает стабилизирующее положительное воздействие на самооценку, повышает степень самоуважения и таким образом производит корригирующее эмоциональное воздействие на такой важнейший элемент системы отношений, каким является

отношение к себе, практически всегда неадекватное в структуре отношений невротической личности.

Принятие пациента психотерапевтом (или группой) способствует развитию сотрудничества, облегчает усвоение пациентом психотерапевтических норм, повышает его активность и ответственность в психотерапевтическом процессе, создает условия для самораскрытия.

Корригирующее эмоциональное переживание связано также с переживанием пациентом своего прошлого и текущего опыта. Воспроизведение в ходе психотерапии различных эмоциональных ситуаций, с которыми пациент не мог справиться в жизни, позволяет в особых психотерапевтических условиях вычленить эти переживания, проанализировать их, переживать и переработать , а также выработать более адекватные формы эмоционального реагирования. При этом вовсе не обязательно, чтобы эти ситуации были абсолютно идентичны по содержанию, в данном случае речь идет о совпадении эмоций, их сопровождающих.

КОНФРОНТАЦИЯ. По мнению большинства авторов , она является ведущим механизмом лечебного действия психотерапии, ориентированной на личностные изменения. Конфронтация понимается как "столкновение" пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, установками, характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами и осуществляется в основном за счет обратной связи между участниками психотерапевтического процесса.

В ходе индивидуальной психотерапии основным инструментом обратной связи выступает психотерапевт, который не столько привносит в нее свое содержание, сколько "отражает" различные аспекты психологической реальности пациента, фокусируя внимание на сложностях и противоречиях. Обратная связь в групповой психотерапии является более многоплановой, поскольку осуществляется между каждым из членов группы и группой как целым.

Благодаря наличию обратной связи каждый из участников группы получает информацию о том, какие эмоциональные реакции окружающих вызывает его поведение, как он воспринимается другими, в каких случаях его интерпретация эмоционального содержания межличностной ситуации оказывается неадекватной и влечет за собой столь же неадекватную реакцию, каковы цели и мотивы его поведения, насколько его актуальное поведение способствует достижению этих целей, какие эмоциональные и поведенческие стереотипы характерны для него, какую связь видят другие между его прошлым и актуальным опытом и поведением.

Обратная связь дает возможность участнику группы понять и оценить значение собственной роли в типичных для него межличностных конфликтах и через это глубже понять свои невротические проблемы и особенности своих отношений, соотнося прошлое и настоящее.

Пациент видит себя как бы в различных зеркалах, которыми являются участники психотерапевтической группы. Информация часто противоречит или не согласуется с существующим образом "Я", и задача психотерапии заключается в расширении его путем интеграции полученной информации.

НАУЧЕНИЕ. Научение в рамках патогенетической психотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая психотерапия представляет для реализации этого механизма более благоприятные условия. Группа выступает как модель реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы, и таким образом создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, поведения, позволяет вычленить в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания.

Групповая ситуация является ситуацией многопланового, реального, эмоционального межличностного взаимодействия, что в значительной степени облегчает отказ от неадекватных поведенческих стереотипов и выработку навыков полноценного общения. Эти изменения позитивно подкрепляются в группе, пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят удовлетворение ему самому и позитивно воспринимаются окружающими.

СИСТЕМА ОТНОШЕНИЙ БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ И ЕЕ РЕКОНСТРУКЦИЯ В ПРОЦЕССЕ ГРУППОВОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Попытка целенеправленного изучения системы отношений больных неврозами и ее перестройки в ходе групповой психотерапии была принята Г.Л.Исуриной (1983). Эта работа позволяет составить определенное представление о специфике этого процесса и внутриличностных механизмах психологической коррекции. В работе использовались методика семантического дифференциала, направленная на изучение системы отношений больных неврозами и ее динамики, а также методика Q-сортировки для изучения самооценки.

Изучались следующие отношения:

1) Отношение к себе.Общее отношение: "я как человек". Отношение к себе в различных ролевых позициях (профессиональной, семейной, половой): "я как мужчина (женщина)" , "я как отец (мать)", "я как муж (жена)", "я как сын (дочь)", "я как работник". Отраженные самооценки, т.е. предполагаемые отношения со стороны других лиц: "я глазами окружающих", "я глазами психотерапевта" и т.п.

2) Отношение к лицам ближайшего окружения : "моя мать", "мой отец", "моя жена (муж)" и пр.

3) Отношение к наиболее существенным сферам функционирования: "моя семья", "моя работа" , "моя жизнь".

4) Отношение к различным формам лечения и отношение к болезни.

Изучались не только реальные отношения, но и идеальные, которые характеризуют систему ценностей и косвенно - уровень притязаний. Например, "каким бы я хотел быть как человек", "какой бы я хотел видеть свою семью" и т.д.

В результате проведенных исследований Г.Л.Исуриной были получены следующие результаты. Во-первых, было выяснено, что у больных неврозами низкая самооценка, в том числе и у больных истерией, вопреки распространенному мнению о якобы завышенной самооценки у них. Во-вторых, система отношений больных неврозами характеризуется наличием двух значительно удаленных друг от друга блоков.

Первый блок включает реальные отношения, которые имеют низкие значения по факторам методики семантического дифференциала. Второй блок состоит из идеальных отношений, которые характеризуются высокими, практическими предельными значениями по факторам методики семантического дифференциала (активности, оценки и силы).Помимо того, что эти два блока значительно удалены друг от друга, внутри каждого из них существуют тесные связи между отдельными отношениями, что тоже важно.

Основу реального блока составляют отношения к себе, и согласованность этих отношений объясняется тем, что неблагоприятное целостное отношение к себе ("я как человек") оказывает негативное влияние на частные и отраженные отношения ("я как работник", "я как отец", "я

глазами других людей" и т.д.). А эти частные и отраженные отношения , в свою очередь еще более дестабилизируют целостное отношение к себе.

Однако в этот же блок входят отношения к жизни, работе,семье. Близость отношений к себе и основным сферам своего функционирования свидетельствует об их взаимообусловленности. Если отношение к себе не является позитивным, то и отношения к собственной деятельности и собственным достижениям не будут позитивными. Это объясняется тем, что в отношениях к жизни, семье, работе представлены не столько реальные характеристики этих объектов, т.е. когнитивный компонент отношения, сколько их эмоционально-аффективная оценка как продукта и реальный блок, поэтому , в целом может быть определен как самооценочный, т.к. его содержанием является отношение к себе: непосредственное и опосредованное отношениями к основным сферам своего функционирования как к результатам собственных достижений.

Таким образом, особенностью отношений самооценочного блока у больных неврозами является существенное преобладание эмоционального компонента, связанного с переживанием эмоционального неблагополучия. Преобладание эмоционального компонента сопровождается снижением роли и искажением содержания когнитивного компонента этих отношений.

Если реальный блок рассматривается как самооценочный, т.е.характеризующий "реальное Я", то идеальный блок характеризует "ИДЕАЛЬНОЕ Я", т.е. систему ценностей и косвенным образом уровень притязаний личности. Высокие, почти максимальные значения по методике семантического дифференциала, которые характеризуют идеальные отношения, свидетельству ют, с одной стороны, о высокой значимости для пациентов соответствующих отношений, а с другой стороны - о высоком уровне притязаний.

Рассогласование реального и идеального блоков отношений, их значительная удаленность друг от друга, низкие значения реальных отношений и высокие - идеальных, указывает на дезинтеграцию системы отношений за счет нарушения практически всех наиболее значимых для личности отношений, прежде всего отношений к себе, а также к основным сферам своего функционирования. Г.Л.Исурина подчеркивает, что речь идет не просто о неадекватности какого-либо отдельного отношения, а об дезинтеграции системы отношений.

Низкая самооценка и нарушения системы отношений изначально являются результатом индивидуального развития под воздействием ряда неблагоприятных факторов, в частности, особенностей воспитания.

Таким образом, у невротиков имеется эмоционально неблагоприятное отношение к себе и к результатам собственных достижений, т.е.к основным сферам функционирования. Преобладание в этих отношениях эмоционально неблагоприятной оценки сопровождается

искажением их когнитивного компонента, а это влечет за собой нарушение поведенческого компонента отношения (т.е.регулятивной функции), вследствие чего отношение не может выступать в качестве адекватного регулятора поведения.Что же происходит? Отношение начинает вместо регулятивной функции выполнить защитную функцию, ограничивая деятельность личности сферами, не оказывающими негативного воздействия на самооценку. Формируется ограничительное поведение. А далее ограничительное поведение приводит к снижению уровня достижений, который вследствие первичных нарушений отношений изначально был невысоким или оценивался как таковой. Это ведет к усилению негативной эмоциональной оценки собственных достижений, тем самым оказывая вторичное негативное воздействие на самооценку.

Сочетание низких значений отношений самооценочного блока с высокими значениями отношений, составляющих идеальный блок, указывает на значительное рассогласование реального и идеального "Я", самооценки и системы ценностей, уровня ожиданий и уровня притязаний.

Определенная степень расхождения реального и идеального, безусловно, создает перспективу и является стимулом развития личности, однако, по-видимому, существует граница, за которой это рассогласование уже начинает терять свой позитивный характер, препятствуя нормальному жизненному функционированию.

При очень высоком уровне притязаний, сочетающемся с низкой самооценкой , низким уровнем ожиданий и низкой оценкой реальных объектов, ценность которых в идеальном плане является очень высокой, практически любое достижение не рассматривается как ценное и, следовательно, не приносит удовлетворения, не повышает самооценку, а, напротив, снижает ее, порождая постоянное чувство неудовлетворенности, неуверенности и психологический дискомфорт, что приводит к росту уровня нервно-психического напряжения.

Таким образом, в исследовании Г.Л.Исуриной показано, что нарушение системы отношений у больных неврозами заключается в нарушении ее целостности за счет нарушения всех наиболее значимых для личности отношений. В основе этого нарушения лежит искажение когнитивного компонента отношений и значительное преобладание эмоционально-аффективного компонента, связанного с переживанием эмоционального неблагополучия. Следствием этого является недостаточность поведенческого компонента отношения, что влечет за собой нарушение основной функции системы отношений – адекватной регуляции поведения.

Исследование показало, что к периоду окончания лечения происходит повышение самооценки, обусловленное преимущественно изменением реального образа "Я". Изменения в структуре системы отношений характеризуются существенным сближением реального и идеального блоков отношений.

Таким образом, в процессе групповой психотерапии происходят позитивные сдвиги в системе отношений больных неврозами , которые свидетельствуют о коррекции нарушенных отношений личности. Ведущую роль в этом процессе играет изменение самооценки и отношения к себе. Коррекция отношения к себе и самооценки, так же как и других отношений, происходит в процессе групповой психотерапии за счет эмоциональной поддержки и обратной связи. По мнению Г.Л.Исуриной, эмоциональная поддержка в большей степени направлена на коррекцию эмоционального компонента отношения, а обратная связь - когнитивного компонента. Включенное наблюдение за работой терапевтической группы показывает, что коррекция отношения к себе начинается с изменения эмоционального компонента отношения, затем захватывает когнитивный, который уже вторично вновь влияет на изменение эмоционального компонента этого отношения.

Эмоциональная поддержка ослабляет действие невротических защитных механизмов, позволяет участникам группы раскрыть свои проблемы и переживания без страха, что это повлечет за собой негативную оценку. Таким образом, эмоциональная поддержка оказывает позитивное влияние на эмоциональный компонент отношения к себе и создает условия для осуществления направленного психотерапевтического воздействия посредством обратной связи и конструктивной переработки ее содержания, в результате чего формируется более адекватное самопонимание, т.е. корригируется когнитивный компонент отношения.

Коррекция отношения к себе происходит не только на уровне реальных отношений, но и на уровне идеальных. Перестройка идеальных отношений заключается в том, что они основываются уже не только на абстрактных нормативных представлениях, но и на реальных возможностях, потребностях личности, что приводит к коррекции и изменению уровня притязаний. Идеальные отношения и представления перестают быть лишь абстрактным идеалом, а создают перспективу развития и достижения, приносящую удовлетворение и уверенность в собственных силах. Они не являются застывшими, раз и навсегда определившимися, а становятся более динамичными и способными к дальнейшему развитию.

Таким образом, коррекция нарушенной системы отношений начинается с изменения отношения к себе, прежде всего его эмоционального компонента, затем происходит коррекция когнитивного компонента этого отношения, в результате чего восстанавливается баланс между знанием о себе (когнитивный аспект) и эмоционально-аффективной оценкой. Отношение становится полноценным и способным выполнить функцию адекватной регуляции поведения. Сформированное более адекватное отношение к себе направляет дальнейшее поведение в группе, создавая мотивацию для изменения других отношений. Эти изменения происходят вначале во внутреннем плане и касаются когнитивного компонента отношений к основным сферам своего функционирования и к окружающим. Пациент учится лучше понимать других людей, особенности и мотивы их поведения, зачастую присущую человеческому поведению противоречивость. Пациент учится сопереживанию, взаимопомощи, самоконтролю, следствием

чего является разрушение невротического эгоцентризма и облегчается коррекция своих отношений и способов эмоционального реагирования и поведения в отношении других людей.

Межличностное взаимодействие становится более гибким, эмпатическим и более эффективным. Позитивное подкрепление в процессе групповой терапии новых, более адекватных отношений и установок, новых способов поведения и эмоционального реагирования приносит пациенту чувство удовлетворения, ощущение собственных возможностей, понимание конструктивности избранного пути. Все это влияет на самооценку и отношение к себе в позитивном направлении, но уже не только на основании эмоциональной поддержки, но и на основании результатов собственных достижений.

Все это создает соответствующую мотивацию для дальнейшей коррекции отношений, выработки более адекватных форм поведения, их закрепления и перенесения в реальную жизнь.

Г.Л.Исурина (1993) на основе экспериментально-психологических исследований приходит к выводу о том, что в процессе групповой психотерапии у больных неврозами отмечается кризисная фаза в динамике самооценки и системы отношений. У большинства пациентов кризис наступает в начальном периоде "рабочей" фазы функционирования психотерапевтической группы. В этом периоде у пациентов отмечается снижение показателей самооценки и нарастание дезинтеграции и рассогласованности в системе отношений: реальные и идеальные блоки еще в большей степени удаляются друг от друга, чем это было зафиксировано перед началом групповой психотерапии.

Наличие кризисной фазы Г.Л.Исурина объясняет тем, что начальный период рабочей фазы функционирования психотерапевтической группы представляет собой для пациента чрезвычайно сложную личностную ситуацию, т.к. здесь начинает

формироваться понимание собственной проблематики, которая затрагивает наиболее значимые отношения и переживания пациентов, их невротические конфликты. Пациент сталкивается с представлением о себе, отличным от того, которое существовало у него до сих пор. Ситуация в психотерапевтической группе требует от пациента отказа от привычных стереотипов поведения, от использования защитных механизмов, свойственных невротической личности. В этом периоде начинается воздействие на такую фундаментальную характеристику личности, обеспечивающую ее целостность, какой является самооценка и отношение к себе. Изменяется самопонимание за счет переработки содержания обратной связи и включение в представление о себе информации, противоречащей прежней позиции. Это и приводит к дезинтеграции системы отношений, которая определяет наличие кризиса как в динамике самооценки, так и в динамике системы отношений в целом.

В рамках психотерапевтических задач явление кризиса носит положительный характер, т.к. ломке подвергаются невротическая структура, невротическая система отношений, неадекватные поведенческие и эмоциональные стереотипы, характерные для невротической личности защитные механизмы.

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ И ИХ ДИНАМИКА

В ПРОЦЕССЕ ГРУППОВОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Иного рода попытка изучения личности больных неврозами, а именно ценностных отношений, или ценностных ориентаций, и их изменения в процессе групповой патогенетической психотерапии была предпринята нами (1992) с использованием методики М.Рокича.

В методике Рокича испытуемому предлагается проранжировать два списка ценностей (каждый содержит по 18 единиц): ценности-цели ("терминальные ценности") и ценности-средства ("инструментальные"). Другими словами, испытуемый должен показать, на какие цели в жизни он ориентируется и какими средствами добивается их.

К ценностям-целям относятся: 1. Активная деятельная жизнь. 2. Жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые жизненным опытом). 3. Здоровье (физическое и психическое). 4. Интересная работа. 5. Красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и искусстве). 6. Любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком). 7. Материально-обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений). 8. Наличие хороших и верных друзей. 9. Общая хорошая обстановка в стране , в обществе, сохранение мира между народами (как условие благополучия каждого). 10. Общественное признание (уважение окружающих, коллектива, товарищей по работе). 11. Познание (возможность расширения своего образования , кругозора, общей культуры, интеллектуальное развитие). 12. Равенство (братство, равные возможности для всех). 13. Самостоятельность как независимость в суждениях и оценках. 14. Свобода как независимость в поступках и действиях. 15. Счастливая семейная жизнь. 16. Творчество (возможность творческой деятельности). 17. Уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий, сомнений). 18. Удовольствия (жизнь полная удовольствий, развлечений, приятного проведения времени).

К ценностям-средствам относятся: 1. Аккуратность (чистоплотность, умение содержать в порядке свои вещи, порядок в делах). 2. Воспитанность (хорошие манеры, вежливость). 3. Высокие запросы (высокие притязания). 4. Жизнерадостность (чувство юмора). 5. Исполнительность (дисциплинированность). 6. Независимость (способность действовать самостоятельно, решительно). 7. Непримиримость к недостаткам в себе и в других. 8. Образованность (широта знаний, высокая общая культура). 9. Ответственность (чувство долга, умение держать слово). 10. Рационализм (умение здраво и логично мыслить, принимать обдуманные , рациональные решения). 11. Самоконтроль (сдержанность, самодисциплина). 12. Смелость в отстаивании своего мнения, своих взглядов. 13. Твердая воля (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями). 14. Терпимость (к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения). 15. Широта взглядов (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки). 16. Честность (правдивость, искренность). 17. Эффективность (в делах, трудолюбие , продуктивность в работе). 18. Чуткость (заботливость).

В задачи исследования помимо изучения характера и направленности изменений ценностно-ориентационной деятельности больных неврозами в процессе групповой психотерапии входило также определение взаимосвязей и взаимообусловленности перестройки жизненных программ больных, а также психологических механизмов лечебного действия групповой психотерапии. Для решения поставленных задач при статистической обработке материала использовался ранговый и линейный корреляционный анализ.

В качестве первого этапа исследования осуществлялся подсчет средних (для всей совокупности обследованных больных) значений для каждой ценности и составление среднеранговых интегративных структур терминальных и инструментальных ценностей до и после проведения групповой психотерапии.

Было выявлено, что изначально небольшими рангами, а следовательно, и наиболее высоким положением в ряду субъективной значимости у больных неврозами обладали такие терминальные ценности, как "здоровье", "счастливая семейная жизнь", "любовь", "уверенность в себе", "наличие хороших и верных друзей"; наименьшие ранги и наименьшую субъективную значимость имели ценности "удовольствия", "равенство", "красота природы и искусства", "самостоятельность", "материально обеспеченная жизнь". Обращает на себя внимание то, что ценности "активная деятельная жизнь", "познание", "общая хорошая обстановка в стране", "жизненная мудрость", "творчество", "свобода ", "общественное признание", ориентированные на макросоциум и отражающие потребности индивида в когнитивном росте и духовном самосовершенствовании , занимали срединное положение в структуре ценностных ориентаций.

В ряду инструментальных ценностей наибольшей изначальной субъективной значимостью характеризовались "жизнерадостность", "ответственность", "образованность", "твердая воля", а наименьшей - "высокие запросы", "непримиримость к

недостаткам в себе и других", "исполнительность", "аккуратность".

Сдвиги, происшедшие ко времени окончания лечения, выражались главным образом в том, что ценности "свобода" и "самостоятельность", имеющие важное значение в контексте группового психотерапевтического воздействия, переместились на более высокие позиции в иерархии ценностных ориентаций. В системе инструментальных ценностей интерес представляли следующие изменения: ценности "честность", "чуткость" и "независимость" из середины ряда переместились соответственно на первое, второе и четвертое места, а ценность "самоконтроль", наоборот, значительно передвинулась в конец ряда.

На втором этапе исследования было проведено сопоставление среднеранговых интегративных структур терминальных и ннструментальных ценностей до и после групповой психотерапии. Была обнаружена высокая степень совпадения интегративных структур терминальных ценностей; в иерархии же инструментальных ценностей к моменту окончания курса групповой психотерапии происходили существенные изменения.

При подсчете средних рангов терминальных ценностей и при составлении среднеранговых интегративных структур выяснилось, что ценность "здоровье" до начала групповой психотерапии имела более высокий ранг относительно других ценностных ориентаций. После окончания лечения она наряду с "счастливой семейной жизнью", "любовью", "уверенностью в себе" и "наличием хороших и верных друзей" продолжала доминировать в иерархии ценностей-целей. Вместе с тем ценности "удовольствия", "равенство", "красота природы и искусства" и "материально обеспеченная жизнь" до и после терапии прочно занимали последние места в системе ценностных ориентаций.В структуре инструментальных ценностей стабильность в процессе групповой психотерапии присуща в основном "высоким запросам", "непримиримости к недостаткам в себе и в других" и "аккуратности", занимавшим последние места. Остальные ценности-средства ко времени окончания лечения подвергались существенным перемещениям в ряду субъективной их значимости. Это нашло свое подтверждение в результатах рангового корреляционного анализа, согласно которым носителем стабильного начала (а также свидетельством высокой степени интериоризации общественных норм и ценностей) являлась иерархия терминальных ценностей, а способности пластического приспособления к постоянно меняющейся жизненной ситуации находили свое выражение в структуре инструментальных ценностей.

На следующем этапе исследования были выделены и описаны статистически достоверные положительные и отрицательные взаимосвязи как внутри самих подсистем терминальных и

инструментальных ценностей, так и между ними. Предстояло выяснить также характер изменений в корреляционных соотношениях наиболее важных ценностных ориентаций, то есть те из них, которые играли ощутимую роль в этиопатогенетических механизмах формирования невротических состояний и в процессах групповой динамики. С этой целью необходимо было провести содержательный анализ корреляционной матрицы.

Высокое положение ценности "здоровье" в ряду других ценностей диктует необходимость рассмотрения в первую очередь именно ее корреляционного статуса. Перед началом групповой психотерапии ценность "здоровье" не коррелировала положительно ни с одной из остальных терминальных ценностей и отрицательно коррелировала с двумя взаимосвязанными ценностями-целями - "свободой" и "самостоятельностью", - а также с "творчеством". Из списка ценностей-средств со "здоровьем" были связаны положительно "аккуратность" и "самоконтроль" , а отрицательно - "эффективность в делах".

Среди всех значимых положительных и отрицательных корреляционных зависимостей между терминальными ценностями заслуживали внимание также следующие: ценности "уверенность в себе", "жизненная мудрость", "наличие хороших и верных друзей" не были взаимосвязаны положительно ни между собой, ни с другими терминальными ценностями; ценности-цели "свобода" и "самостоятельность" положительно коррелировали только с ценностями "материально обеспеченная жизнь" и "удовольствия". Некоторые ценности, ориентированные на ближайшее окружение ("счастливая семейная жизнь", "любовь"), положительно коррелировали с ценностями более широкой социальной направленности, такими, как "активная деятельная жизнь", "общественное признание" и "интересная работа". Из отрицательных взаимосвязей представляли интерес: "активная деятельная жизнь" - "свобода" и "самостоятельность"; "жизненная мудрость" - "интересная работа", "общественное признание"; "интересная работа" - "уверенность в себе"; "свобода" - "общественное признание"; "счастливая семейная жизнь" - "свобода", "познание", "удовольствия".

Все указанные взаимосвязи свидетельствуют о высокой степени рассогласованности в представлениях больных о наиболее важных жизненных целях. Ценностно-ориентационная деятельность пациентов с неврозами до проведения групповой психотерапии характеризовалась также несоответствием подсистемы инструментальных ценностей иерархии терминальных ценностей. Это выражалось, в частности, в отсутствии положительных взаимосвязей между ценностями-целями и теми ценностями -средствами, которые отражают представления индивида о своих собственных возможностях и наиболее конструктивных путях выхода из невротического состояния. К таким следует прежде всего отнести "терпимость", "чуткость", "честность", "ответственность", "широту взглядов" и "исполнительность".

Вместе с тем инструментальные ценности, которые в определенной степени отражают высокий уровень притязаний ("высокие запросы"), оправдательное отношение к своему поведению ("рационализм") и склонность к жестко самоуправляемым способам восприятия окружающей действительности ("самоконтроль", "непримиримость к недостаткам в себе и в других"),

положительно коррелировали с некоторыми важными ценностями-целями ("творчество", "активная деятельная жизнь").Это следует рассматривать как проявление в ценностной позиции больных невротических защитно-компенсаторных механизмов, выполняющих функции регулятивного приспособительного реагирования.

В процессе психотерапевтического воздействия произошли выраженные изменения в корреляционном статусе ценности "здоровье".Эти преобразования выразились , в частности , в том, что "здоровье", продолжая сохранять для больных ведущее значение, стало коррелировать положительно с целым рядом ценностей, ориентированных как на микросоциальную активность, так и на более широкую социо-культурную среду ("счастливая семейная жизнь", "любовь", "интересная работа", "общественное признание", "активная деятельная жизнь"). Вместе с тем исчезла отрицательная взаимосвязь "здоровья" с терминальными ценностями "свобода" и "самостоятельность". Последние, что также немаловажно, начинают в свою очередь положительно коррелировать уже не только с ценностью "удовольствия", а также с "уверенностью в себе", с одной стороны,и со "смелостью" в отстаивании своего мнения, своих взглядов" и "терпимостью" - с другой.

В ценностном сознании пациентов произошел также сдвиг в сторону большей сбалансированности между терминальными и инструментальными ценностями. Так, в качестве условий, обеспечивающих реализацию основных жизненных программ, стали фигурировать "ответственность", "терпимость", "чуткость", "честность" и "эффективность в делах". Вместе с тем заслуживает внимания и тот факт, что ценность "самоконтроль" стала уже отвергаться больными как средство достижения означенных целей.

Все эти позитивные изменения сопровождались уменьшением противоречивости и нарастанием упорядоченности внутри самой системы инструментальных ценностей: наряду с повышением субъективной значимости перечисленных выше ценностей-средств более четко обозначились их положительные связи друг с другом и отрицательные - с "высокими запросами", "рационализмом", "самоконтролем" и "непримиримостью к недостаткам в себе и в других".

Неслучайный характер положительных сдвигов, отмечавшихся в ценностной позиции больных ко времени завершения групповой психотерапии, подтверждался данными, полученными при использовании "шкалы личностных ценностей" Дж.Скотта (1965).

До начала групповой психотерапии наиболее высокими баллами, а следовательно, и самым высоким уровнем субъективной значимости характеризовались ценности "социальные знания (умения)", "доброта", "физическое развитие" и "интеллектуальность". Эти же шкалы ценностей продолжают сохранять лидирующее положение среди других и после окончания групповой психотерапии.

Однако при этом в процессе групповой психотерапии отмечалось повышение субъективной значимости ценности "самостоятельность" и снижение субъективной значимости ценности "самоконтроль". Кроме того, обращают на себя внимание и другие положительные тенденции, а именно: некоторое повышение субъективной значимости ценностей "общественного положения (статуса)", "честности", и "творчества". Эти позитивные сдвиги, вероятно, нужно рассматривать как одно из свидетельств происшедшей в ценностном сознании пациентов переориентации с фиксированности на своих субъективных переживаниях и ограничения круга общения на вовлеченность в более широкую социальную, в том числе производственную деятельность.

Результаты исследования ценностно-ориентационной деятельности пациентов с неврозами свидетельствуют как о некотором сходстве, так и об определенных различиях основных характеристик этой деятельности с имеющимися в литературе данными. Очевидно, это обусловлено тем, что болезнь накладывает отпечаток на ценностное сознание больных, хотя и не приводит к полной дезорганизации системы ценностных ориентаций.

Причем то, что объединяет ценностные структуры здоровых испытуемых и пациентов с различными формами патологии, может объясняться общностью социальных условий и указывает на высокую степень интериоризации общественных норм и ценностей; то, что различает индивидов, составляет специфические черты ценностной позиции и представляет интерес для настоящего исследования.

По данным В.А.Ядова и соавт. (1979), в структуре ценностных ориентаций здоровых ведущее положение занимает ценность "общая хорошая обстановка в стране". Ценности "здоровье", "счастливая семейная жизнь", "интересная работа" занимают соответственно второе, третье и четвертое места; ориентация на материальную обеспеченность, занимая срединное положение, преобладает над ценностями "познания", "творчества" и "общественного признания".

Как было показано в работах В.В.Бочарова (1985), в системе ценностных ориентаций пациентов с сосудистыми неврологическими заболеваниями ценность "здоровье" начинает занимать первую позицию, значительно превосходя другие ценности; за ней располагались "общая хорошая обстановка в стране" и "активная деятельная жизнь". Низкие ранги, а следовательно , и низкую субъективную значимость имели ценности "уверенность в себе" и "познание".

В рассматриваемом исследовании ценность "здоровье" сохраняет доминирующее положение в ряду других ценностных ориентаций. Различия состояли в следующем: у больных неврозами в числе наиболее важных жизненных ценностей входит "уверенность в себе" и "любовь"; значительно повышается субъективная значимость ценности "познание"; ориентация на

"общую хорошую обстановку в стране" и "активную деятельную жизнь", напротив, занимает срединное положение а иерархии ценностных ориентаций.

Полученные результаты, по-видимому , отражают те адаптационные сдвиги в ценностно-ориентационной деятельности, которые вызваны влиянием болезни и изменившейся жизненной ситуации. Усиление субъективной значимости "здоровья", очевидно, нужно рассматривать как формирование ведущей мотивации - "заботы о своем здоровье". Снижение значимости ценностей "активная деятельная жизнь" и "общая хорошая обстановка в стране", вероятнее всего, обусловлено коррекцией жизненной позиции пациентов, связанной с отторжением интересов, которые могут создать конкурирующие мотивации. Повышение субъективной значимости ценностей "уверенность в себе" и "познание", скорее всего , свидетельствует о неэффективности невротических способов приспособительного реагирования и поведения, об отсутствии у пациентов более или менее четкого понимания причин возникновения и развития невротического состояния, с одной стороны, и о неосознанном стремлении обрести почву под ногами, найти реальный выход из болезненного состояния - с другой.

В литературе по ценностным ориентациям постулируется диалектическое единство стабильного и изменчивого в ценностной позиции человека.При этом стабильность, представляя собой результат отражения общности относительно мало меняющихся социо-культуральных условий (общности образа жизни) индивидуально-своеобразным способом, глубинно связана с такими фундаментальными характеристиками личности, как "самотождественность", "социальная идентичность". Изменчивость же призвана обеспечивать актуальное соответствие жизненной ситуации, пластичное приспособление, позволяющее сохранять "самотождественность" в меняющихся условиях. Настоящее исследование показало, что у больных неврозами в качестве основного носителя стабильного начала выступала подсистема терминальных ценностей, тогда как фактор изменчивости главным образом характеризовал подсистему инструментальных ценностей, о чем свидетельствуют результаты рангового корреляционного анализа.

Как указывает В.А.Ядов и соавт. (1979), решающим условием достоверной интерпретации ценностных структур является выделение системных "образов", а не произвольное рассмотрение ценностей. С этой целью в настоящем исследовании был проведен содержательный анализ корреляционной матрицы ценностных ориентаций.

Анализ корреляционного статуса ценности "здоровье" показал, что до проведения групповой психотерапии у больных преобладали жестко детерминированные, самоуправляемые способы восприятия и ригидные нормы поведения. Это нужно расценивать как проявление в их ценностной позиции психологических защитно-компенсаторных механизмов. Включение защитных механизмов невротического характера, как известно, может привести к некоторому снижению нервно-психического напряжения лишь на непродолжительный срок. В целом же их действие в ситуации хронического внутреннего конфликта, вызванного нарушениями системы

отношений, регулирующей поведение человека, не является эффективным, так как не приводит к конструктивному разрешению конфликтов, а напротив, ведет к из хронизации.

Следует также отметить, что у исследованных больных до начала лечения отсутствовали представления о своих субъективных возможностях и путях достижения поставленных целей. Проведенное исследование позволило установить , что в процессе реконструктивной психотерапии произошла существенная перестройка, затрагивающая все стороны ценностно-ориентационной деятельности пациентов. Отмечался кардинальный поворот ценностного сознания больных от эгоцентрических установок (сосредоточение только на собственных субъективных переживаниях, возложение ответственности за болезненное состояние на референтную группу) к его социоцентрической направленности; реализация программы "здоровье" начинает уже связываться с переориентацией на ценности более широкого социального окружения. Разрушение невротического эгоцентризма, своего рода максимализма в отношениях с окружающими , происходящее в процессе групповой психотерапии, является результатом того, что, изучая самого себя и других членов группы, пациенты начинают лучше понимать мотивы поведения других людей, противоречивость, зачастую присущую человеческому поведению. Основываясь на таком адекватном и реалистичном понимании, они в последующем осуществляют коррекцию своих способов эмоционального реагирования и поведения в отношении окружающих.

Следствием повышения уверенности в себе, способности самостоятельно принимать решения являются позитивные изменения в корреляционном статусе ценностей "свобода" и "самостоятельность".

Отказ от попыток разрешения имеющихся трудностей за счет усиления самоконтроля, "оправдательного" отношения к своему поведению ("рационализация"), выдвижение на первый план в качестве условий , обеспечивающих реализацию основных жизненных целей: "чуткости", "честности", "терпимости", "исполнительности", повышение внутренней ответственности за свое состояние здоровья являются, очевидно, отражением ценностной реакции пациентов на несостоятельность невротических приспособительных способов реагирования и поведения, а также процессов стабилизации тех ценностей и установок, которые оказались наиболее эффективными. Ценности "высокие запросы" и "непримиримость к недостаткам в себе и в других" также однозначно отвергались больными как средства решения поставленных перед ними задач.

Результаты, полученные с применением методики Дж.Скотта, подтверждают приведенные выше данные и свидетельствуют о том, что в процессе реконструктивной психотерапии произошла значительная активизация жизненной позиции больных, которые начали осознавать свою роль в возникновении конфликтных и психотравмирующих ситуаций и стремиться к поиску путей предотвращения их повторения.

Таким образом, данное исследование позволило выявить специфические черты ценностно-ориентационной деятельности больных неврозами, проявляющиеся в невротических адаптивных способах восприятия окружающей действительности, в отсутствии представлений о своих собственных возможностях и конструктивных путях достижения наиболее важных жизненных целей. Вместе с тем ценностные структуры до проведения групповой психотерапии характеризовались высокой степенью рассогласованности и противоречивости.

Было показано, что в процессе групповой психотерапии происходило постепенное осознание членами психотерапевтических групп общности своих устремлений, единства позиций. Пациенты начинали проявлять синтонность переживаний по поводу успехов и неудач в реализации целей совместной деятельности. Происходило формирование единства ценностного представления об основных жизненных целях и средствах их достижения. Следовательно , психотерапевтическая группа на завершающем этапе ее деятельности начинала обладать необходимыми для терапевтического успеха социально-психологическими свойствами (ценностно-ориентационным единством во взглядах на предмет совместной деятельности).

ЛЕКЦИЯ ОДИННАДЦАТАЯ Лекция 11.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ НЕВРОЗАХ

В качестве важного аспекта проблемы неврозов, позволяющего глубже понять их этиопатогенетические механизмы и механизмы лечебного действия психотерапевтических методов, выступает аспект прогностического значения при неврозах клинических, психологических и социальных факторов.

В практической плоскости вопрос о прогнозировании эффективности групповой психотерапии при неврозах сводится к выяснению ее показаний и противопоказаний, выработке критериев отбора пациентов в психотерапевтические группы. Анализ литературы показывает, что более разработанными являются психологические и социально-психологические аспекты групповой психотерапии при неврозах. Собственно клинические ее основы разработаны недостаточно. Вопрос о показаниях к применению групповой психотерапии у больных неврозами, основанных на клинических критериях, по существу остается открытым.

Исследование прогностического значения клинических характеристик больных неврозами при групповой психотерапии, проведенное нами (А.А.Александров,1992) на 112 пациентах Психоневрологического института им.В.М.Бехтерева, ставило своей целью преодоление этого недостатка.

В качестве экспериментально-психологических методов были использованы : 1) матрица интеракций Хилла (1969), служащая для изучения вербального взаимодействия пациентов в психотерапевтических группах; 2) уровень субъективного контроля (Бажин Е.Ф. и др., 1984) для определения интернальности-экстернальности; 3) методика А.Меграбяна (1970), предназначенная для оценки эмпатической и аффилятивной тенденций и чувствительности к отвержению; 4) методика М.Рокича для изучения ценностных ориентаций; 5) шкала личностных ценностей Дж.Скотта (1965).

Нейрофизиологический метод исследования включал электроэнцефалографию, изучение кожно-гальванического рефлекса и Е-волны Уолтера.

Радиоиммунологическим методом исследовалась активность нейропептидов: соматостатина, субстанции П, вазоактивного интестинального пептида и вазопрессина.

Для оценки эффективности групповой психотерапии использовалась клиническая шкала, разработанная в клинике неврозов и психотерапии Психологического института им.В.М.Бехтерева (Кайдановская Е.В., Куликова Е.И., Мурзенко В.А., 1979).

1. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЕДУЩЕГО ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМА И СТАДИЙ НЕВРОТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Исследование выявило прогностическое значение для эффективности групповой психотерапии ведущего психопатологического синдрома. Группу со сравнительно высокой эффективностью групповой психотерапии составили больные с фобическими, астеническими и вегето-соматическими расстройствами; группу с относительно низкой эффективностью терапии - пациенты с обсессивными, депрессивными, ипохондрическими расстройствами и функциональными сексуальными нарушениями.

Анализ вербального взаимодействия пациентов в психотерапевтической группе, проведенный с помощью матрицы интеракций Хилла, показал, что из трех синдромов, оцененных нами как прогностически наиболее благоприятных (астенического, фобического, вегето-соматических расстройств), наиболее курабельным под воздействием групповой психотерапии оказался астенический синдром. Показатель "уровня работы" оказался самым высоким у пациентов с астеническим синдромом. Более высокая продуктивность этих пациентов в группе связана с преобладанием в их работе "конфронтационного" и "интеллектуального" стилей: деятельность в этих двух стилях, которая только и признана "терапевтической работой", свидетельствует о готовности члена группы принять помощь от других участников, а также оказать помощь другому, о принятии членом группы ролей "пациента" и "психотерапевта".

Анализ клинико-нейрофизических корреляций у больных с различными ведущими психопатологическими синдромами показал, что наиболее благоприятными в прогностическом отношении для групповой психотерапии оказались фобический и астенический синдромы; положительная динамика нейрофизиологических показателей отмечается при этих синдромах соответственно в 73 и 65 %. Менее благоприятны в прогностическом отношении ипохондрический и депрессивный синдромы: положительная динамика нейрофизиологических показателей отмечается при ипохондрическом (наиболее резистентном) синдроме лишь в 37% и при депрессивном - в 46% случаев.

Таким образом, на основании клинических, экспериментально-психологических и нейрофизиологических исследований можно сделать вывод о том, что наиболее благоприятными в прогностическом отношении при групповой психотерапии являются астенический, фобический синдромы и вегето-соматические расстройства, наименее благоприятны обсессивный, депрессивный, ипохондрический синдромы и функциональные сексуальные расстройства, причем ипохондрический синдром следует расценивать как наиболее резистентный к групповой психотерапии.

Было установлено также, что острые невротические состояния - невротическая реакция и острый невроз - являются прогностически более благоприятными, а невротические развития - прогностически менее благоприятными для групповой психотерапии. Больные с затяжными невротическими состояниями распределялись между группами с высокой и низкой эффективностью лечения примерно в равном соотношении. Это вполне соответствует данным о прогностическом значении ведущих психопатологических синдромов. Клиническая картина невротического развития личности синдромологически наиболее часто представлена ипохондрическим или депрессивным синдромами, являющимися, прогностически неблагоприятными при групповой психотерапии. Наиболее же прогностически благоприятные астенический, фобический синдромы и вегето-соматические расстройства чаще оформляют клиническую картину острого невроза.

2. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА

Во многих работах для прогнозирования степени эффективности психотерапии при неврозах подчеркивается значение отдельных психологических характеристик личности. В то же время есть исследования , которые показывают отсутствие взаимосвязи между отдельными экспериментально-психологическими показателями и оценками степени клинического улучшения

у больных неврозами. В связи с этим Б.Д.Карвасарский (1990) подчеркивает большую ценность синтетических характеристик личности , основанных на клиническом опыте. В роли такой синтетической клинико-психологической характеристики может выступать акцентуация характера. Тип акцентуации определяет избирательную чувствительность к психогенным факторам, особенности личностного конфликта, который лежит в основе невроза, а также клинические проявления, т.е. форму невроза (А.Е.Личко, 1976).В проведенном исследовании подчеркивается прогностическое значение акцентуации характера у больных неврозами для психотерапии.

Поскольку акцентуация характера является характеристикой личности, интегрирующей ее биологическик (конституция, темперамент, нейрофизиологические и нейрохимические особенности и др.) и психологические (наиболее значимые для человека элементы его системы отношений) аспекты, то при решении вопроса о прогностическом значении акцентуации характера следует принимать во внимание различные уровни интеграции и функционирования организма. В связи с этим наряду с рассмотрением в процессе групповой психотерапии динамики клинических характеристик в данном исследовании учитывалась также динамика нейрофизиологических и нейрохимических показателей у пациентов с различными типами акцентуаций характера, а также рассматривались некоторые их социально-психологические характеристики - особенности поведения, связанные с включением и взаимодействием пациентов в психотерапевтической группе.

Наиболее часто при неврозах отмечаются акцентуации трех типов: истероидная, сенситивная и психастеническая. Более дифференцированный клинический анализ позволил выделить и описать в рамках истероидной акцентуации два ее варианта: стеничный и астенический. Типы акцентуаций характера, включая варианты истероидной, имеют различное значение для прогнозирования эффективности групповой психотерапии у больных неврозами. Клинический опыт показывает, что терапевтически наиболее резистентными является стеничный вариант истероидной акцентуации характера. Личность этих пациентов характеризуется авторитарностью, стремлением доминировать в группе, эгоцентризмом, психической ригидностью, наиболее ярко проявляющейся в аффективной сфере, скрытой и явной агрессивностью, наличием жестких установок и тенденцией вести себя в соответствии с ригидными стереотипами. При крайней выраженности этих черт получается сходство с акцентуацией характера истероидно-эпилептоидного типа (по А.Е.Личко). Перечисленные особенности характера снижают адаптивные возможности этих личностей, нарушают интерперсональные отношения, затрудняют принятие и адекватную когнитивно-эмоциональную переработку обратных связей, предоставляемых участникам психотерапевтической группы.

Более благоприятный прогноз групповой психотерапии отмечается у пациентов с астеническим вариантом истероидной акцентуации, для которого характерно сочетание эмоциональной лабильности, чувствительности с элементами демонстративного поведения, носящего защитный характер. Лишенные брутальности, характерной для стеничного варианта, более пластичные и нередко обнаруживающие высокую эмпатическую тенденцию, эти личности

располагают более высоким потенциалом для ассимиляции опыта, приобретенного в психотерапевтической группе и способствующего перестройке системы отношений.

Наиболее высокий терапевтический эффект наблюдается у пациентов с чертами сенситивности и психастеничности. Ориентация на социальные нормы, повышенное чувство долга и ответственности, "моральная щепетильность" и совестливость, сдержанность в манерах, скромность, взвешенность высказываний, тактичность и часто присущая им альтруистическая установка - качества, высоко ценимые в межличностных отношениях, благодаря которым они располагают к себе участников психотерапевтической группы. В атмосфере принятия и поддержки, возникающей на определенном этапе развития психотерапевтической группы ("ценностно-ориентационного единства") , создаются оптимальные для этих личностей условия для корреляции свойственной им пониженной самооценки и чувства собственной неполноценности.

Исследование, проведенное с использованием клинической шкалы отделения неврозов и психотерапии Психоневрологического института им.В.М.Бехтерева, предназначенной для оценки эффективности психотерапии с привлечением симптоматического, психологического и социального критериев, показало, что наиболее благоприятным в прогностическом отношении является сенситивный тип акцентуации характера.

Приведенное выше ранжирование четырех типов акцентуаций характера по степени их значения для прогноза эффективности групповой психотерапии, основанное на клиническом опыте, находит полное подтверждение при изучении динамики индивидуально-психологических, социально-психологических, нейрофизиологических и нейрохимических показателей больных неврозами в процессе групповой психотерапии и их сопоставлении с диагностируемыми у данных больных типам акцентуаций характера.

Интерперсональные отношения больных неврозами с различными типами акцентуаций характера отличаются своеобразием, откладывающим отпечаток на взаимодействие с членами психотерапевтической группы. При этом характер интеракций оказывает влияние на прогноз эффективности групповой психотерапии. Исследование, проведенное с помощью методики Хилла, выявило существенное различие в поведении больных с разными типами акцентуаций. Было показано, что "конвенциальный стиль" поведения - терапевтически малоценный - достоверно реже отмечается у сенситивных и тревожно-мнительных личностей. "Утвердительный стиль" поведения, для которого характерны безапелляционность , жесткость позиций, отстаивание своего мнения вопреки доводам, а порой и враждебность и агрессия, - стиль, способствующий эмоциональному отреагированию, но с точки зрения продуктивности работы в группе являющийся также малоценным, - максимально выражен у стеничных истероидов (при истеро-эпилептоидном варианте истероидной акцентуации характера), значительно выражен у астенических истероидов (при сенситивно-истероидном варианте) и слабо выражен у личностей с чертами сензитивности и тревожной мнительности. "Разговоры на общие темы" и "темы, касающиеся проблем группы", - малоценные в терапевтическом

отношении категории - достоверно реже ведутся сенситивными личностями , чем истероидными. "Внутригрупповой показатель", отражающий степень сосредоточенности дискуссий на индивиде, которая ведет к достижению понимания себя членами группы, достоверно выше у сенситивных личностей по сравнению с двумя вариантами истероидных личностей. По показателю "уровня работы", наиболее важному показателю, отражающему степень терапевтической ценности взаимодействия пациента в группе, на первом месте оказываются личности с сенситивными чертами характера, затем идут астенические истероиды и , наконец, стеничные истероиды. Несмотря на то что сенситивные пациенты отличаются вокальной сдержанностью и меньшим числом интеракций по сравнению с истероидными, уровень их работы оказывается наиболее высоким. Это обусловливается тем, что их взаимодействие протекает в психотерапевтически более ценных категориях, у них отсутствует тенденция к малоценному утвердительному стилю поведения.

Результаты исследования по методике Хилла показывают, что групповая психотерапия наиболее эффективна при неврозах, развившихся на фоне акцентуаций сенситивного типа, и менее эффективна у пациентов с истероидной акцентуацией характера, причем наименее благоприятный исход наблюдается в тех случаях, когда в структуре истероидной личности присутствует эпилептоидный радикал (у стеничных истероидов), благодаря которому доминирующим стилем поведения этих пациентов становится малоценный в терапевтическом отношении утвердительный стиль.

Вопрос о соотношении коммуникативных индивидуально-психологических характеристик больных неврозами, оценка которых важна для понимания особенностей их системы отношений, интерперсонального функционирования , и в частности взаимодействия в психотерапевтической группе, и выявляемых у них типов акцентуаций характера, явился предметом исследования, проведенного на двух группах акцентуированных личностей, не вызывающих диагностических сомнений в отношении их типологической принадлежности: первую группу составили пациенты с чертами сензитивности, тревожности, испытывающие затруднения в социальном общении; вторую - пациенты с выраженными истероидными чертами характера. Исследование выявило связь между высоким уровнем чувствительности к отвержению и акцентуацией характера сенситивного типа. По таким индивидуально-психологическим характеристикам, как эмпатическая тенденция и тенденция к аффилиациям различий, между сенситивными и истероидными личностями не определяется. Уровень чувствительности к отвержению до начала лечения достоверно выше у сенситивных личностей, чем у истероидных. В процессе групповой терапии у сенситивных личностей отмечается статистически достоверное снижение уровня чувствительности к отвержению, чего не наблюдается в группе истероидных личностей. Таким образом, высокий уровень чувствительности к отвержению, являясь благоприятным фактором для прогноза эффективности групповой психотерапии больных неврозами, ассоциируется с акцентуацией характера сенситивного типа.

Анализ динамики нейрофизиологических показателей в процессе групповой психотерапии подтверждает клинико-психологические данные о разной степени курабельности больных неврозами с различными типами акцентуаций характера. Более резистентны к групповой

психотерапии больные с акцентуациенй характера истероидного типа. Положительная динамика нейрофизиологических показателей у больных со стеничным вариантом истероидной акцентуации отмечается лишь в 30% случаев. Интересно отметить, что у больных до начала лечения в 56 % случаев наблюдались генерализованные билатерально синхронные вспышки тета-ритма, альфа-ритма заостренной формы. Относительная нормализация электрической активности в процессе терапии выражалась ухудшением выраженности альфа-ритма, уменьшением количества медленных волн, их индекса и пароксимальных вспышек острых и медленных волн, улучшением зональных различий. Уменьшались спонтанные и вызванные КГР. Нормализовались параметры Е-волны. Однако в 70% случаев у больных со стеничным вариантом истероидной акцентуации характера по-прежнему не отмечалось существенных различий в параметрах Е-волны. У ряда больных, напротив, ЭЭГ оставалась более хаотичной, усиливалась быстрая активность и параксизмальные изменения медленных и острых волн, а также диссоциация между КГР и ЭЭГ-изменениями, ЭЭГ и Е-волной, что свидетельствует о повышении возбудимости в системе неспецифической активации.

При астеническом варианте истероидной акцентуации позитивная динамика отмечается в 48,6% случаев. В остальных случаях сохраняется отчетливая диссоциация между показателями ЭЭГ и вегетативными реакциями. Большая степень нормализации нейрофизиологических показателей у больных с астеническим вариантом истероидной акцентуации по сравнению со стеничным вариантом может быть объяснена отсутствием патологической инертности раздражительного процесса, что подтверждается и клиническими данными.

Наиболее высокий терапевтический эффект наблюдался у пациентов с чертами сенситивности и психастеничности. При акцентуации сенситивного типа положительная динамика нейрофизиологических показателей установлена в 65% случаев: отмечалась нормализация биоэлектрической активности, уменьшалась выраженность реакций на словесные раздражители, повышался процент проявляемости Е-волн и ЭЭГ. Однако в 35 % случаев у больных сохранялась неустойчивость выявления альфа-ритма, "истощаемость" его в процессе исследования, наличия периодов медленных волн, преимущественно в передних областях.Реакции на сенсорные раздражители были инверсными, на словесные - отсутствовали. КГР угасали после предъявления первого словестного раздражителя. Полученные данные свидетельствуют о быстрой утомляемости коры и неустойчивости активирующих влияний со стороны стволовых структур. Состояние психической слабости, склонность к пассивно-тормозным реакциям, нервному истощению проявляются и в клинической картине больных с акцентуацией сенситивного типа.

При акцентуации психастенического типа положительная динамика нейрофизиологических показателей установлена в 72% случаев. И только в 28% случаев у больных этой группы при повторном исследовании, в конце курса психотерапевтических занятий, изменения электрической активности, возникающие при словесных эмоционально значимых для больного воздействиях, сохранялись длительное время, что может свидетельствовать об устойчивости образовавшихся очагов застойного возбуждения или торможения в коре головного мозга и вторично в подкорковых образованиях.

Таким образом, проведенное нейрофизиологическое исследование показывает значение акцентуаций характера для прогнозирования эффективности групповой психотерапии, причем полученные данные вполне соответствуют клиническим наблюдениям и результатам клинико-психологических исследований.

Нейрохимические исследования выявили определенные связи между динамикой уровня нейропептидов в плазме крови в процессе групповой психотерапии и типом акцентуации характера. Для исследования были отобраны больные с двумя типами акцентуаций - истероидной и сенситивной.

Результаты исследования показали, что исходный уровень соматостатина у больных неврозами при обеих акцентуациях характера достоверно выше, чем в норме. В процессе терапии происходит снижение уровня гормона в обеих группах, однако при истероидной акцентуации уровень пептида остается выше нормы, тогда как при сенситивной акцентуации он снижается до нормального уровня. Истероидная личность, как известно, характеризуется повышенной склонностью к вытеснению, к подавлению негативных, чаще агрессивных, эмоций. Известна связь психологического вытеснения с тонусом поперечно-полосатой мускулатуры, регулятором которого является соматостатин, сохраняющийся после лечения у больных с истероидной акцентуацией характера.Повышенный уровень соматостатина может свидетельствовать о неполном эмоциональном отреагировании, об известной резистентности этих пациентов к групповым методам психологического воздействия.

Исходный уровень субстанции "П" у больных неврозами при обеих акцентуациях характера достоверно выше, чем в норме, что является показателем стрессового состояния. По окончании лечения параллельно с преодолением стресса происходит достоверное снижение концентрации гормона в обеих группах до уровня нормы, однако при сенситивной акцентуации наблюдается более ощутимое снижение уровня пептида (различия между показателями статистически достоверны).

Исходный уровень вазоактивного интестинального пептида при обеих акцентуациях характера достоверно выше нормального. В процессе лечения происходит достоверное снижение уровня гормона, более значительное при акцентуации характера.

Наконец, исходный уровень вазопрессина в обеих группах больных достоверно выше нормы, при этом при сенситивной акцентуации уровень пептида вдвое ниже, чем при акцентуации истероидного типа (различия статистически достоверны).Очевидно, это указывает на возможную корреляцию между психическими особенностями акцентуированных личностей и психотропными свойствами пептида: вазопрессин, как известно, является "пептидом памяти" и модулятором настроения. Астения, апатия, чувство безрадостности, растерянность, сильно

выраженный комплекс неполноценности - качества, которые отличают астенических личностей от истероидных, демонстративных субъектов. К этим признакам часто добавляются рассеянное внимание и нарушение памяти. В процессе лечения уровень вазопрессина в крови больных обеих групп повышается и достигает нормы.Если учесть , что исходный уровень пептида у астенических личностей вдвое выше, чем у истероидных, то можно сказать, то в процессе психотерапии у сенситивных личностей наблюдается интенсивное повышение уровня вазопрессина в крови, что косвенно свидетельствует о благоприятных результатах групповой психотерапии у этих пациентов.

Таким образом, если за критерий эффективности проведенной психотерапии принять нормализацию в процессе лечения биохимических показателей, то акцентуация характера выступает в качестве довольно информативной прогностической характеристики. Больные неврозами с сенситивной акцентуацией, в отличие от истероидных больных, характеризуются более значительными позитивными биохимическими сдвигами в процессе лечения методом групповой психотерапии, что является отражением более интенсивной психологической работы пациентов, приводящей к реконструкции системы отношений и оптимизации психического состояния и социального функционирования.

Обобщая данное исследование, можно сказать, что акцентуация характера, будучи образованием, в котором интегрируются биологические, психологические и социальные аспекты человека, является характеристикой, имеющей важное прогностическое значение для групповой психотерапии неврозов. Проведенными исследованиями показано, что наиболее эффективна групповая терапия у больных с сенситивными чертами характера, испытывающих затруднения в межличностных контактах. Сенситивная личность является "мишенью" для групповой психотерапии, обладающей прежде всего потенциалом для формирования у таких субъектов адекватной самооценки и, далее, для реконструкции на этой основе нарушенной у них системы отношений. Менее эффективна групповая психотерапия у личностей истероидного склада характера. Наконец, больные с эпилептоидным радикалом личности обнаруживают известную резистентность к методам групповой психотерапии: стеничный вариант истероидной акцентуации характера является прогностически неблагоприятным.

3. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ

Исследование, проведенное с помощью методики М.Рокича, выявило особенности ценностно-ориентационной деятельности у больных с высокой и низкой эффективностью групповой психотерапии.

До начала лечения в обеих группах наиболее высокую субъективную значимость имели ценности-цели "здоровье", "счастливая семейная жизнь", "любовь", "уверенность в себе", "наличие хороших и верных друзей". Более низкой субъективной значимостью обладали терминальные ценности, ориентированные на макросоциум ("интересная работа", "активная деятельная жизнь" и др.). Последние места в иерархии занимали ценности "удовольствия", "равенство" и "красота природы и искусства".

Что касается подсистемы инструментальных ценностей, то в группе с высокой эффективностью лечения наибольшей субъективной значимостью характеризовались ценности "ответственность", "жизнерадостность", "честность", "твердая воля" и "смелость в отстаивании своего мнения". В отличие от этого, в группе с низкой терапевтической результативностью в число наиболее важных ценностных ориентаций вошли "самоконтроль" и "образованность". Следовательно, ценностная позиция в группе с высокой эффективностью лечения характеризовалась нацеленностью на проявление собственной активности в реализации важнейших жизненных программ, а ценностные структуры пациентов с низкой эффективностью лечения в значительной мере отражали невротические способы восприятия, переживания и поведения.

Существенные различия между больными с высокой и низкой эффективностью лечения обнаруживаются в корреляционном статусе ценности "здоровье". У больных с высокой эффективностью лечения реализация программы "здоровье" связывалось с такими ценностями, как "жизненная мудрость", "уверенность в себе", "честность" и "чуткость". При этом инструментальные ценности "высокие запросы", "рационализм", "твердая воля" отвергались больными в качестве средств, необходимых для достижения "психического и физического здоровья". Внутри самой иерархиии ценностей-средств выявлялась более высокая степень согласованности в представлениях больных о наиболее конструктивных путях выполнения поставленных перед ними задач.

На этом основании можно сделать определенные выводы. Так, в ценностной позиции больных с высокой эффективностью групповой психотерапии, по-видимому, находили отражение изначально высокая мотивация на осознание причин, понимание психологических механизмов своего заболевания и ориентация на проявление собственной активности в достижении наиболее важных жизненных целей. Согласно литературным данным, именно эти личностные характеристики улучшают прогноз эффективности групповой психотерапии, поскольку у пациентов с низким уровнем мотивации (в отличие от тех, у кого она была изначально высокой) значительная часть времени тратится на достижение высокого уровня уже в процессе лечения. Это предположение находит свое фактическое подтверждение: именно у пациентов с

изначально высокой мотивацией к групповой психотерапии были достигнуты ко времени ее окончания высокие показатели по первым трем критериям клинической шкалы.

В противоположность этому в группе с высокой эффективностью лечения не было выявлено статистически достоверных взаимосвязей ценности "здоровье" с какими-либо другими терминальными или инструментальными ценностями. Это следует расценивать как показатель приобретения ценностью "здоровье" почти безусловного значения для пациентов. Ее идеализации - при полном отсутствии представлений о собственных возможностях реализации основных жизненных программ. Кроме того, у пациентов с низким терапевтическим результатом подсистема инструментальных ценностей характеризовалась большей степенью рассогласованности и противоречивости, что проявилось в исчезновении ряда важных положительных взаимосвязей, а также в проявлении "жестких" отрицательных связей, отражающих достаточно выраженное ослабление целостности диспозиционной системы и ценностно-ориентационной деятельности в целом.

4. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК

Исследование , проведенное с использованием методики А.Меграбяна, выявило прогностическую ценность при групповой психотерапии одной из трех коммуникативных характеристик - чувствительности к отвержению. В группе с высокой эффективностью лечения средние значения показателей чувствительности к отвержению до начала групповой психотерапии достаточно выше средних значений в группе больных с низкой результативностью лечения. У пациентов с высокой эффективностью лечения до начала психотерапии достоверно чаще регистрировался высокий уровень чувствительности к отвержению. Больные со средним и низким уровнем чувствительности к отвержению были одинаково представлены в обеих группах.

5. ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ, НЕ ИМЕЮЩИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ

Проведенное исследование выявило следующие клинико-биологические перемены, которые не имеют прогностического значения для эффективности групповой психотерапии: пол, возраст, семейный статус больных, форма невроза, длительность заболевания, возраст, в котором впервые проявилось невротическое состояние, степень остроты начала заболевания, патогенная ситуация и ее длительность.

Из перечисленных переменных обращает на себя внимание такая, казалось бы, важная клиническая характеристика, как форма невроза. То, что форма невроза не имеет прогностического значения, связано, по-видимому, с явлением клинического патоморфоза и возрастанием числа малодифференцированных форм неврозов. На изменение клинической картины истерии указывают многие авторы. В настоящее время стали редкостью пациенты с выразительно-демонстративными драматическими картинами истерии :они уступают место вегетативно-висцеральным расстройствам, которые, сочетаясь со склонностью больных к задержке внешних выражений эмоциональных реакций, проявляются нередко в виде интимного страдания (Б.Д.Карвасарского, 1990). Структура невроза навязчивых состояний в последние годы все более изменяется в сторону усиления его полиморфизма, происходит сближение этой формы с другими невротическими расстройствами (Н.М.Асатиани, Е.С.Матвеева, 1987).Для всех форм характерна соматизация их классических картин. Увеличивается число больных со сложными психогенными вегетативно-висцеральными нарушениями (Б.Д.Карвачарский, 1990).Отдельные невротические формы теряют четкие очертания; все чаще встречаются смешанные формы:истероневрастения, истерия с фобиями, невроз навязчивых состояний с истерическими включениями.

Из этого следует, что форма невроза, являясь малодифференцированной клинической характеристикой, не может выступать в роли прогностической переменной при групповой психотерапии. Эту роль в значительной степени принимает на себя другая интегративная клиническая характеристика - акцентуация характера, которой, как указывалось, определяется и ведущий психопатологический синдром, и тип психологического конфликта, и сама форма невроза.

Из индивидуально-психологических характеристик больных неврозами не имеют прогностического значения, согласно проведенному исследованию, эмпатическая тенденция, аффилятивная тенденция, а также уровень субъективного контроля личности.

Полученный результат расходится с распространенным мнением о прогностической ценности эмпатического потенциала. Прогностическое значение эмпатической тенденции не подтверждается и опосредованными исследованиями. Так, не было выявлено достоверных различий в уровне эмпатической тенденции у больных с акцентуацией сенситивного (прогностически более благоприятного) и истероидного (прогностически менее благоприятного) типов. Такие же результаты получены в отношении аффилятивной тенденции.

Исследование не выявило достоверных различий и в локусе контроля больных неврозами до лечения в двух группах больных - с высокой эффективностью лечения и резистентных к терапии. Таким образом, уровень контроля личности является переменной, не имеющей прогностической ценности. В то же время было показано значение этого фактора при оценке эффективности групповой психотерапии: у больных с высокой эффективностью лечения после проведенной психотерапии интернальность достоверно выше, чем у больных, резистентных к терапии. Это относится как к общей интернальности, так и к интернальности в области достижений, неудач и производственных отношений.

Отрицательные результаты, полученные при изучении прогностического значения ряда клинических и индивидуально-психологических характеристик больных неврозами должны учитываться при разработке практических рекомендаций по вопросам, связанным с отбором пациентов для проведения групповой психотерапии, однако они не могут служить ориентиром при установлении показаний и противопоказаний к данному методу лечения.

6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ : ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ "ПОРТРЕТЫ" БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ

На основании результатов исследования можно составить обобщенные прогностические клинико-психологические "портреты" больных неврозами. В этих "портретах" содержатся ответы на следующие "ключевые" вопросы: 1) чем страдает пациент (клинические характеристики); 2) какой он есть (тип акцентуации характера); 3) каковы его жизненные цели и представления о способах их достижения (система ценностных ориентаций); 4) как он ведет себя в процессе групповой психотерапии (интеракция в группе, регистрируемые с помощью методики Хилла).

ПРОГНОСТИЧЕСКИ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ПОРТРЕТ.

В клинической картине пациента доминируют неврастенические, фобические или вегето-соматические расстройства. Заболевание имеет сравнительно малую продолжительность (до 2-3 лет). Невротическая симптоматика является относительно нестойкой. Полностью отсутствует или

незначительно выражена ипохондрическая переработка и фиксация вегето-висцеральных расстройств.

Главной характерологической особенностью такого пациента является сенситивность, проявляющаяся в повышенной чувствительности к происходящим с ним событиям. Сенситивность сопровождается повышенной тревожностью, боязнью новых ситуаций, всякого рода испытаний и т.п. Ему свойственны робость, застенчивость, склонность к продолжительному переживанию прошедших или предстоящих событий. У него резко выражено чувство собственной неполноценности, снижена самооценка. Отмечается тенденция к повышенной моральной требовательности к себе. Он сильно обеспокоен отношением к себе окружающих, возможным неблагоприятным мнением о нем. У него высокий уровень страха непринятия и отвержения другими людьми. Личност ная проблематика такого пациента в силу перечисленных особенностей носит интерперсональный характер: он недостаточно адекватно реагирует на возникающие межличностные ситуации. Поскольку все его внимание сосредоточенно на сохранении представления о значимости своего "Я" и стремлении "выглядеть достойно" в глазах окружающих.

Вместе с тем для такого пациента характерна выраженная мотивация на осознание причин затруднений в межличностном функционировании, на понимание психологических механизмов возникновения конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также ориентация на проявление собственной активности в реализации наиболее важных жизненных целей.

Мотивация на осознание причин нарушений отчетливо проявляется в поведении такого пациента в психотерапевтической группе. Он избегает разговоров на малопродуктивные в терапевтическом отношении общие темы, принимая активное участие в дискуссиях, сосредоточенных на личности участников и приводящих к достижению понимания ими себя и своих проблем. В работе пациента преобладают два стиля, которые признаются "терапевтической работой": это конфронтационный стиль, характеризующийся сильным эмоциональным вовлечением и конфронтацией с обычно избегаемыми чувствами, убеждениями, позициями, аспектами поведения, сопоставляемыми с полученными в ходе групповых занятий результатами, и теоретический (интеллектуальный), характеризующийся анализом проблем, терапевтически существенных для членов группы.

Ряд характерологических особенностей пациентов, таких, как сдержанность манер, взвешенность высказываний, повышенное чувство долга и ответственности , а также его продуктивная работа в группе, искренняя готовность к оказанию помощи другим делают его фигуру привлекательной для членов группы, способствуют его принятию и оказанию эмоциональной поддержки. Это , в свою очередь, ведет к снижению у пациента чувствительности к отвержению, росту уверенности в себе и своей ценности, преодолению комплекса неполноценности и повышению самооценки.

ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПОРТРЕТ

Заболевание приобретает хронизированный характер, продолжительность его более 3 лет. Невротическая симптоматика отличается стойкостью, значительно выражена ипохондрическая переработка и фиксация нейровегетативных и нейросоматических расстройств. Особенно неблагоприятным в прогностическом отношении является формирование стойкого ипохондрического синдрома и трансформация затяжного невроза в невротическое развитие личности.

Главными особенностями характера являются демонстративность, стремление казаться больше, чем есть, высокий уровень притязаний. Отмечается стеничность с тенденцией к доминированию, авторитарности, стремлению подчинить своему влиянию партнеров по взаимодействию. Такой пациент может отличаться психической ригидностью, наиболее ярко проявляющейся в аффективной сфере, скрытой и явной агрессивностью, следованием стереотипам. В ряде случаев имеется сходство с акцентуацией характера истероидно-эпилептоидного типа. Наличие эпилептоидного радикала в структуре характера больного неврозом ухудшает прогноз заболевания.

У такого пациента в структуре ценностных ориентаций ценность "здоровье" приобретает почти безусловное значение, идеализируется. Смещение всех жизненных интересов в сферу здоровья, сопровождающееся снижением значимости иных сфер жизнедеятельности, служит для пациента "психологической защитой" перед неблагоприятной психотравмирующей ситуацией, которая может быть разрешена рациональным способом. Вместе с тем структура ценностных ориентаций отличается противоречивостью и рассогласованностью представлений о наиболее важных жизненных целях и средствах их достижения, о своих собственных возможностях реализации основных жизненных программ.

Отмеченные особенности характера и ценностных ориентаций находят отражение в поведении пациента в психотерапевической группе. Наиболее характерным стилем взаимодействия с участниками группы является утвердительный стиль, характеризующийся безапелляционностью суждений, жесткостью позиций, спором, отстаиванием своего мнения, невзирая на доводы, порой враждебностью и агрессией. Такое поведение способствует эмоциональному отреагированию, однако не способствует продвижению пациента в направлении осознания своих проблем.

Поведение пациента в группе и особенности его характера затрудняют его принятие участниками группы. Обратные связи, получаемые пациентом от группы, или не принимаются

им, или значительно обесцениваются как в силу присущих ему качеств, так и в силу дефицита эмоциональной поддержки со стороны группы, что в еще большей степени способствует взаимному отчуждению группы и пациента, а иногда и формированию у пациента оппозиционного, враждебного отношения к группе. В результате возникающего порочного круга цели групповой психотерапии оказываются не достигнутыми, а психотерапевтический потенциал группы - не реализованным.

ЛЕКЦИЯ ДВЕНАДЦАТАЯ Лекция 12.

ГРУППОВАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: МЕТОДИКА

Главной формой групповой патогенетической психотерапии является ГРУППОВАЯ ДИСКУССИЯ. Материалом для дискуссии могут быть: 1) биография отдельных пациентов, их поведение в отделении (в случае стационарного лечения), их проблемы и жизненные ситуации в настоящее время, поведение и переживания во время групповых занятий; 2) определенные темы, являющиеся актуальными для участников группы; 3) взаимодействие (интеракция) между участниками группы, конфликты, возникающие в группе, ситуации и механизмы, связанные с функционированием группы как целого. Короче говоря, групповая психотерапия или отдельный групповой сеанс могут быть ориентированны на индивида, на определенные темы и интеракции. В зависимости от этого различают сеансы биографические, тематические и интеракционные.

В рамках этих трех ориентаций используются ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ФОРМЫ групповой психотерапии, предназначенные для получения дополнительного материала для дискуссии: разыгрывание ролевых ситуаций, психогимнастика, социограмма, проективный рисунок и др.

РАЗМИНКА

Как правило, сеанс групповой психотерапии начинается с разминки. Для этой цели используется ряд ПСИХОГИМНАСТИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ. Психогимнастика - это форма психотерапии, при которой главным средством коммуникации является двигательная экспрессия. Она требует от участников группы выражения эмоций с помощью мимики, пантомимы. Напряжение, скованность, тревога, свойственные больным неврозами, в непривычной ситуации усиливаются; страх перед неформальными контактами, к тому же в такой непривычной форме, возрастает, поэтому начинать групповые занятия нужно с разминочных упражнений, целью которых является уменьшение напряжения, сокращение эмоциональной дистанции между участниками группы, тренинг способности выражать и понимать чувства, мысли, различные эмоциональные состояния без помощи слов. Начинается разминка с упражнений, направленных на развитие внимания. К такого рода упражнениям относятся:

1. Гимнастика "с запаздыванием".Вся группа повторяет за одним из участников обычное гимнастическое упражнение, отставая от ведущего на одно движение. Темп упражнений постепенно нарастает.

2. "Передача ритма по кругу". Вслед за одним из участников все члены группы поочередно по кругу повторяют, хлопая в ладоши, заданный ритм.

3. "Передача движения по кругу". Один из участников группы начинает действие с воображаемым предметом и чтобы это действие можно было продолжить. Сосед продолжает это действие , таким образом воображаемый предмет обходит весь круг.

4. "Зеркало". Участники группы разбиваются на пары и по очереди зеркально повторяют движения своего партнера. Другая группа упражнений направлена на снятие напряжения и состоит из простейших движений: например, я иду по воде, по горячему песку, спешу на работу, возвращаюсь с работы домой, иду к врачу и т.д.

Следующая группа упражнений направлена прежде всего на сокращение эмоциональной дистанции между участниками группы. Здесь используются упражнения, предусматривающие непосредственный контакт, уменьшение пространственной дистанции: разойтись с партнером на узком мостике; сесть на стул, занятый другим человеком; успокоить обиженного человека; выразить прикосновением свое отношение к другому человеку; "передача чувств по кругу". в этом последнем случае вся группа садится в круг и закрывает глаза. Один из участников группы передает какое-либо чувство своему соседу с помощью прикосновения, а тот, в свою очередь, должен передать это чувство дальше, сохранив его содержание, но выразив его с помощью своих средств. Таким образом, одно и то же чувство, выраженное с помощью различных движений и прикосновений, обходит весь круг.

И наконец, упражнения, связанные с тренировкой понимания невербального поведения других и тренировкой способности выражения своих чувств и мыслей с помощью невербального поведения.

1. Договориться о чем-либо с другим человеком с помощью жестов ("разговор через стекло").

2. Изобразить то или иное состояние, чувство (радость, раздражение, гнев, обиду, сочувствие и т.д.); психологические особенности другого человека; каков я есть, каким хотел бы быть, каким кажусь окружающим.

3. Понять, какое чувство хотел выразить другой человек.

4. Обратить на себя внимание группы.

Выбор упражнений для разминки, а также длительность этой части группового занятия определяется общей внутригрупповой ситуацией и фазой развития группы. Например, в некоторых случаях первые занятия могут быть полностью посвящены разминочным упражнениям. Содержание основной части группового занятия зависит от его ориентации.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1. БИОГРАФИЧЕСКАЯ ОРИЕНТАЦИЯ

Это ориентация на разбор отдельного пациента, который находится в центре внимания группы. Основные интеракции связаны с ним. Пациент говорит о своей проблеме, а группа дает ему обратную связь, участники выражают свои чувства , отношения.

Хотя ориентация на отдельного члена группы и называется "биографической", однако это название не достаточно точно передает содержание. Биография представляет собой только

один из возможных вариантов такого сеанса. Сеанс может быть посвящен текущему поведению пациента в группе, его конфликтам за рамками группы без биографического разбора. Если речь идет об актуальном конфликте пациента вне группы, то такой сеанс называется "фокально ориентированным" (Petersen P., 1973). При этом основной вопрос заключается в том, как видит группа внутреннюю проблему данного человека и как бы все остальные вели себя в подобном случае. Такой разбор способствует коррекции поведения обсуждаемого пациента.

При изложении своей биографии пациент не связан никакими ограничениями - как отностительно формы, так и содержания. По окончании он отвечает на вопросы и представляет дополнительную информацию. Задача психотерапевта здесь состоит в том, чтобы стимулировать группу к сбору информации. Если возникает молчание, терапевт может задать группе вопрос о впечатлениях и эмоциях, вызванных рассказом пациента о себе. Обсуждение одной биографии может занимать от 1 до 3 занятий. Отдельные члены группы могут идентифицироваться с обсуждаемым пациентом, проецировать собственную проблематику, иногда проявлять агрессивность или демонстративное поведение. Если эти механизмы проявляются достаточно выразительно, то психотерапевт или кто-либо из членов группы обращают внимание на поведение пациента, и группа анализирует его в ходе дискуссии. Психотерапевт должен стремиться к постоянному сопоставлению проблематики обсуждаемого пациента с проблематикой других пациентов, уже известной группе. Отношения, установки и поведение пациента в прошлом (о котором он рассказывает) сравниваются с его поведением во время лечения, которое группа имеет возможность наблюдать. Таким образом, обсуждение биографии одного из пациентов переплетается с обсуждением актуального поведения и проблематики остальных пациентов.

При обсуждении проблем и психотравмирующих ситуаций отдельного пациента психотерапевт ориентирует группу в направлении получения ответов на вопросы: "каковы особенности его отношений?", "Почему они именно таковы?", "Почему у него возник невроз?". Сходный характер имеет обсуждение поведения пациента в отделении и его конфликтов в группе, с той особенностью, что это обсуждение проводится в контексте групповых явлений, таких как лидерство в группе, соперничество, принятие или отвержение группой, атмосфера в группе на сегодняшний день и т.д.

В открытой группе проблематика пациента обсуждается повторно перед его уходом из группы в связи с окончанием лечения. Выписывающийся пациент сначала сам делится своими впечатлениями и соображениями относительно отношения к себе и окружению. Затем группа обсуждает участие пациента в терапии , его отношения с группой, установки, проявившиеся в ходе терапии, а также изменения в его поведении за время психотерапевтического лечения. Если пациент уходит из группы лишь с незначительным улучшением, либо вообще без улучшения, группа обсуждает причины этого.

Следует учесть, что проводимое описание является схематизированныи; на практике психотерапевт должен стремиться к тому, чтобы каждое занятие не являлось

монотерапевтическим - далеко не во всех случаях терапевтически эффективна концепция внимания всей группы в течение длительного времени только на одном пациенте, не говоря уже о том, что монотематическая дискуссия становится для группы утомительной.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ФОРМЫ групповой психотерапии решают психотерапевтические задачи, предоставляя дополнительный материал, который в дальнейшем используется в ходе дискуссии, а также психодиагностические (в плане личностной диагностики).В рамках биографической ориентации вспомогательными формами групповой психотерапии являются следующие.

1. РАЗЫГРЫВАНИЕ РОЛЕВЫХ СИТУАЦИЙ

Функция этой формы психотерапии заключается в предоставлении группе материала, необходимого для понимания проблематики отдельных участников группы. Эта форма оказывается особенно полезной тогда, когда у пациента наблюдается тенденция к уходу от реальной ситуации за счет абстрактных рассуждений, тенденция к излишне интеллектуализированному решению проблемы. Разыгрывание ролевых ситуаций помогает также в тех случаях, когда пациенту трудно вербализовать те или иные эмоции, проблемы. Этот прием позволяет группе полнее увидеть отдельного пациента в конкретной ситуации, особенно тогда, когда факты, которые он излагает, его попытки интерпретировать события своей жизни являются противоречивыми и неубедительными. Разыгрывание ролевых ситуаций включается психотерапевтом в ходе дискуссий. Пациент получает тему и выбирает себе партнера из участников группы. Темы могут быть самыми разнообразными.

Тема 1 - "Трудный разговор". Пациенту нужно разыграть перед группой разговор, который является для него затруднительным либо по теме, либо потому, что сложные взаимоотношения с тем или иным человеком делают почти любой разговор с ним неприятным.

Тема 2 - "Просьба". Пациенту нужно попросить что-то для него очень важное у человека, который не сразу склонен удовлетворить его просьбу.

Тема 3 - "Требование". Нужно потребовать что-либо у человека, который не склонен выполнять это требование.

Тема 4 - "Примирение". Нужно примириться с человеком, перед которым испытываешь вину.

Тема 5 - "Обида". Нужно высказать свою обиду другому человеку, который, возможно , считает, что она вполне заслужена.

Тема 6 - "Неудовольствие". Нужно выразить свое недовольство поведением близкого человека, который считает, что поступает правильно.

После проигрывания ситуации группа обсуждает увиденное: какие рациональные и эмоциональные задачи ставил перед собой пациент, каким и насколько адекватным способом он их решал, какие эмоции возникли у партнеров по отношению друг к другу во время разыгрывания ситуации, насколько достигнутое соответствовало первоначальным целям. Обсуждается также вопрос о том, насколько характерно подобное поведение для пациента вообще (в группе, в реальной жизни).В зависимости от конкретной ситуации могут обсуждаться самые разнообразные моменты, имеющие значение для понимания проблематики данного конкретного пациента (выбор партнера на "положительную" и "отрицательную" роль, особенности поведения и пр.).

В некоторых случаях - обычно это касается пациентов с чувством неуверенности - методика разыгрывания ролевых ситуаций может выполнять функцию поведенческого тренинга: пациенту предлагается проиграть ситуацию, в которой он испытывает скованность , неуверенность, несколько раз до тех пор, пока он не сделает это достаточно свободно и не испытывая при этом отрицательных эмоций.

2. ПСИХОГИМНАСТИКА

Темы, задаваемые психотерапевтом, ориентированы на проблемы отдельного пациента: а) тема "Моя семья": пациент выбирает несколько участников группы и расставляет их в пространстве, причем физическая дистанция должна примерно соответствовать степени эмоциональной близости с членами семьи (или с ближайшим окружением); б) тема, связанная с выражением чувст к членам своей семьи, к лицам из ближайшего окружения.

Выполнение каждого пантомимического задания обсуждается всей группой.

3. ПРОЕКТИВНЫЙ РИСУНОК

Функцией проективного рисунка также является предоставление дополнительного материала для дискуссии. Как и методика разыгрывания ролевых ситуаций и психогимнастика, проективный

рисунок способствует выявлению и пониманию трудновербализируемых проблем и переживаний.

Темы рисунка касаются индивидуальных проблем пациента: какой я есть, каким хотел бы быть, каким кажусь окружающим; моя семья; мои родители; я среди людей; мое представление о больном неврозом и о здоровом человеке; самая большая трудность; самое приятное и самое неприятное воспоминание, переживание (детства, или какого-либо определенного периода жизни, или жизни вообще); моя главная проблема; три желания; "остров счастья" и т.д.

На рисование отводится 30 минут. Затем все рисунки вывешиваются на доске, и группа начинает обсуждение. Сначала вся группа говорит о том, что хотел выразить автор и как они поняли его рисунок, а затем говорит автор данного рисунка. Обсуждаются также возникающие расхождения в интерпретации рисунка группой и самим автором. При интерпретации обращается внимание на содержание рисунка, способы выражения, цвет, форму, композицию.

2.ТЕМАТИЧЕСКАЯ ОРИЕНТАЦИЯ

Сеанс ориентирован на вопросы и проблемы , решение которых имеет большое значение для всех членов группы. Участники высказывают свое мнение, выражают чувства, настроения. Тематические сеансы позволяют соотнести свои проблемы с данной темой, сопоставить свой опыт с опытом других людей. Темы дискуссий могут возникать спонтанно или быть заранее запланированы.

Особенностью тематически ориентированных сеансов является то, что личные проблемы разбираются здесь не впрямую, а опосредованно. Пациенты перерабатывают значительную часть своих внутренних проблем. Это выгодно в группе с еще недостаточно развитой откровенностью. Некоторые пациенты не раскрывают своих проблем из-за чувства страха или стыда. Для раскрытия этих проблем предлагается обсуждение двух тематик: проблемы секса и агрессивности.

3.ИНТЕРАКЦИОННАЯ ОРИЕНТАЦИЯ

Интеракционный сеанс ориентирован больше на сам процесс, чем на его содержание. Он ориентирован на групповую динамику, на то, что происходит между членами группы, каковы отношения и взаимные реакции , их изменение и развитие.

Интеракционную ориентацию можно также называть центрированной на группе, поскольку в центре внимания находится не какой-нибудь конкретный пациент или тема, а вся группа в целом, интерперсональные отношения между участниками группы. Психотерапевтическая группа является моделью естественных малых социальных групп, она представляет собой маленькую лабораторию, в которой люди учатся понимать закономерности человеческих отношений на основании собственных реакций. Члены группы, с одной стороны, включены в интеракции и переживают их, а с другой стороны, эти самые интеракции наблюдают, комментируют, обобщают, объясняют и т.д. Психотерапевты , или тренеры, помогают им в этом.

Интеракционная ориентация чаще всего реализовывается при помощи неструктурированного сеанса, двухуровневого сеанса и сеанса с использованием интеракционных техник.

1) Неструктурированные интеракционные сеансы.

Терапевт не управляет группой. У группы нет запланированной программы. При определенном поведениии терапевта в группе наблюдается развитие характерных фаз. Терапевт выступает в роли комментатора: он обращает внимание на происходящее в группе редкими комментариями, обобщениями, гипотетическими интерпретациями групповой деятельности.

Конструктивно работающая интеракционная группа не нуждается для возникновения интеракций ни в теме, ни в биографическом материале - сеанс может протекать без специфического содержания. Уже одно обыкновенное молчание и реакция участников группы при этом - мимика: смущенные шутки, нашептывание соседу и, конечно же, возникающие чувства - представляют богатый материал для переживания и анализа групповой интеракции.

2) Двухуровневые сеансы.

На первом уровне протекает биографический или тематический сеанс, когда обсуждается индивид или какой-нибудь вопрос, представляющий определенное значение для членов группы. На втором уровне психотерапевт наблюдает за теми интеракциями , которые

заключены в контексте вербального и невербального поведения пациентов. Терапевт обращает внимание группы своими комментариями именно на эти проявления, и группа начинает обсуждать этот вопрос – интеракционный или процессуальный - уровень группового действия.

Постепенно можно создать в группе специфическую направленность, обучить вниманию и воспитывать чувствительность всех членов группы к данным интеракционным аспектам, обсуждение которых чередуется в дальнейшем с обсуждением внешних, содержательных аспектов взаимодействия.

Это можно пояснить следующим примером (С.Кратохвил, 1978).Группа обсуждает неудовлетворенность Милана своей жизнью.Мария высказывает мнение, что ему надо бы больше заниматься своим любимым делом, на что Света возражает : "Невозможно заниматься только своим любимым делом, если необходимо копить деньги на квартиру". На биографическом уровне оба высказывания можно воспринимать как дифференцированную обратную связь для Милана - как критику и совет со стороны одной девушки и сочувствие со стороны другой. На уровне же групповой динамики можно обратить внимание на то, что Света реагировала на слова Марии очень быстро, и притом диаметрально противоположным замечанием, что , скорее всего, учитывая отношения девушек в группе, можно объяснить проявлением соперничества. Интеракция в таком случае может быть прокомментированна следующим образом: "Света стремится обесценить суждение Марии". Таким образом стимулируется восприятие подтекста этой интеракции.

3) Сеансы с применением интеракционных техник.

Для усиления эмоционального переживания и получения материала для интеллектуальной переработки интеракции используются некоторые техники. Психотерапевт играет при этом роль безучастного комментатора, использующего эти техники, или играет роль аутентичной личности, делясь с группой своими собственными переживаниями.

А.Социограмма.

Социограмма - это метод предпочтительного выбора членов группы по определенным характеристикам. Каждый член группы выбирает тех участников, с которыми он предпочел бы участвовать в сеансе, делиться своими переживаниями, которые, по его мнению, представляют наибольшую ценность для группы и т.д.

В зависимости от того, о какой характеристике идет речь, можно получить: социограмму популярности; социограмму способности или инициативы; социограмму авторитета; социограмму

антипатии. Социограмма наглядно показывает сложное переплетение взаимных симпатий и антипатий. Она выявляет наличие социометрических лидеров и "звезд", а также аутсайдеров и устанавливает иерархию промежуточных позиций между этими полюсами.

Полученные социометрические данные обсуждаются затем группой. Терапевтически плодотворным, по опыту С.Кратохвила, может быть использование группового напряжения в дискуссии, предшествующей объявлению результатов социометрии. Обсуждаются вопросы, кто может оказаться в роли лидера, "звезды" или аутсайдера и почему, какие особенности этих людей привлекательны для группы, а какие отталкивают и т.п. Можно использовать также психодраматический монолог на тему: "Я аутсайдер - почему, как я это воспринимаю, что мне с этим делать?

Социограмма меняется в процессе развития группы. Поэтому при социометрии вопросы лучше формулировать так, чтобы запечатлеть именно актуальный аспект в отношении членов группы, и тогда при повторении социометрии можно наблюдать за колебаниями социометрических позиций и за развитием ситуации в группе. Например: "У кого сегодня в группе была роль лидера?", "Чье поведение меня раздражало? и т.п.

Б.Психогимнастические и психодраматические техники.

С помощью этих упражнений участники группы проявляют свои чувства и отношения друг к другу. К этим техникам в частности относятся:

- пантомимическое выражение чувства человеку, стоящему в центре круга;

- попытки члена группы проникнуть внутрь или, наоборот, выйти за пределы замкнутого круга;

- наглядное изображение психологической дистанции расстановкой участников группы на различных расстояниях друг от друга;

разделение участников на доминирующих и подчиненных;

- пантомимическое пародирование ролей отдельных членов группы;

- пантомимическая игра "Жизнь на необитаемом острове".

В.Фантастико-медитативные техники.

Психотерапевт вызывает у членов группы в состоянии релаксации с закрытыми глазами фантастические представления, которые прямо или символически отражают отношения в группе. Потом следует рассказ участников о своих фантазиях и анализ групповых процессов, которые отразились в фантастических представлениях.

Предлагаемыми темами могут быть: подъем в гору всей группы; катание всей группы на лодках по озеру; группа на тонущем корабле; группа на необитаемом острове и т.п.

Ряд интеракционных тем, например "Жизнь на необитаемом острове", можно применять во всех формах: психодраме, фантастической медитации, пантомиме, рисовании.

Г.Арттерапевтические приемы.

Для рисования с последующим обсуждением можно использовать такие темы: наша группа, мои ощущения от сегодняшней группы, мое место в группе, какую бы я хотел иметь группу, лидер группы и т.п. Можно использовать и абстрактные темы: напряжение, сплоченность, агрессия.

Итак, мы рассмотрели различные ориентации группового сеанса: биографическую, тематическую и интеракционную. Однако такое разделение групповых сеансов является в известной степени искусственным. На практике все эти три ориентации часто комбинируются в одном сеансе. Такое деление имеет прежде всего дидактическое значение, т.к. мы хотим уяснить себе, о каких, собственно, процессах внутри группы идет речь.

Coon (цит.по S.Kratochvil, 1978) говорит , что каждая групповая интеракция имеет три аспекта: я (индивид) , мы (группа) и оно (тема).В задачу руководителя группы входит удержание этих аспектов в динамическом равновесии. Это осуществляется следующим образом: если группа реагирует слишком эмоционально, руководитель прибегает к рассуждению; если группа слишком рациональна, он говорит о своих чувствах; а если в центре внимания долгое время оказывается какой-нибудь пациент, то руководитель ориентирует группу на определенную тему.

ЛЕКЦИЯ ТРИНАДЦАТАЯ Лекция 13.

ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

В последние годы заметно возрос интерес исследователей и практиков в области психотерапии к синтезу , интеграции различных ее концепций и методов. Вопросы повышения эффективности психотерапии, ее экономичности, гибкости поведения психотерапевта в удовлетворении потребностей отдельных пациентов нередко решаются на путях эклектического сочетания психотерапевтических методов. И хотя эклектический подход является одним из элементов интегративной психотерапии, последняя предполагает прежде всего концептуальный синтез существующих теоретических систем психотерапии.

При том, что интегративная психотерапия получила развитие лишь в последнее десятилетие, уже в предшествующий период наблюдались отдельные попытки постановки вопросов об интеграции в психотерапии. Постоянно растет понимание важности учета взаимодействия когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов личностного функционирования для решения вопросов теории и практики интегративной психотерапии. Внутри единого психотерапевтического подхода существенно использование в зависимости от конкретных задач каждого этапа лечения определенных приемов воздействия на познавательные, эмоциональные и поведенческие стереотипы патологического реагирования пациента. Подобные приемы, детально разработанные в основных психотерапевтических направлениях, могут успешно дополнять друг друга. В частности, на одном этапе лечения полезен психодинамический подход, расширяющий сферу познания пациента (достижение инсайта), на другом этапе - поведенческий подход, помогающий ему выработать новое, более конструктивное и зрелое поведение.

Существует по меньшей мере две предпосылки для возникновения интегративной психотерапии. Во-первых, идея интеграции различных психотерапевтических приемов заложена в самой сущности личностно-ориентированных систем психотерапии, во внутренней логике развития этих систем, поскольку любая психотерапия, ориентированная на личностное

изменение, акцентируя, как правило, одну из плоскостей личностного функционирования (когнитивную,эмоциональную,поведенческую), не может полностью игнорировать другие. Интеграция когнитивной и поведенческой терапии, возникновение на основе этого слияния нового подхода - когнитивно-поведенческого - важная веха на пути создания интегративной модели психотерапии.

Второй предпосылкой для интеграции различных подходов является широкое внедрение в практику групповой психотерапии. Групповая психотерапия создает уникальную терапевтическую ситуацию, связанную с включением пациента в реальное взаимодействие с другими людьми, при которой создаются условия интенсивного психологического воздействия на все плоскости личностного функционирования. Групповая психотерапия с неизбежностью приводит к использованию приемов, предназначенных для воздействия на когнитивные , эмоциональные и поведенческие аспекты личности, разработанные в рамках различных терапевтических подходов (психодинамического, когнитивно-поведенческого), поскольку в процессе группового занятия пациенты что-то обсуждают (когнитивный аспект), переживают (эмоциональный аспект) и определенным образом ведут себя по отношению друг к другу (поведенческий аспект).

Что касается патогенетической психотерапии, то она, кроме того, является системой, открытой для интегрирования с различными психотерапевтическими подходами. Объектом психологического воздействия патогенетической психотерапии являются нарушенные отношения личности. Поскольку отношение, по В.Н.Мясищеву , характеризуется трехчленной структурой - наличием когнитивного, эмоционального и поведенческого аспектов, - спектр психологического воздействия при интегративном подходе значительно расширяется: для решения задач коррекции отношений в каждом из трех аспектов могут привлекаться приемы психологического воздействия из различных психотерапевтических направлений и подходов. При этом различные психотехники выполняют тактические задачи, способствуя достижению основной стратегической цели патогенетической психотерапии - реконструкции нарушенной системы отношений человека.

Отражая общие тенденции развития учения о личности и психотерапии, патогенетическая психотерапия имеет определенное сходство с рядом ведущих зарубежных психотерапевтических направлений, в частности психодинамической и когнитивно-поведенческой ориентации. Синтез отдельных теоретических положений и практических методов разных психотерапевтических направлений, релевантных патогенетической психотерапии, является одним из возможных путей разратотки интегративной ее модели и расширяет возможности оказания эффективной психотерапевтической помощи более широкому кругу больных.

Наиболее гармонично в систему патогенетической психоте рапии могут быть интегрированы, с нашей точки зрения, принципы и методы феноменологической психотерапии (клиент-центрированной психотерапии Роджерса, гештальт-терапии Перлза), поведенческой и

когнитивно-поведенческой терапии (когнитивной терапии Бека, рационально-эмотивной терапии Эллиса).

ИНТЕГРАЦИЯ ПРИНЦИПОВ И МЕТОДОВ

КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ РОДЖЕРСА

В.Н.Мясищев определяет метод психотерапии как воздействие одного человека (врача) на другого (больного или группу больных) в процессе их общения. Далее он указывает, что содержательные, выразительные и действенные элементы психотерапии заключаются не только в речи врача, но и в его мимике и пантомимике. Поэтому соответствие личности врача определенным требованиям является не меньшей необходимостью, чем качество воздействия. В наибольшей степени внимание на роли личности психотерапевта акцентируется в концепции клиент-центрированной психотерапии Роджерса. При этом неверным является понимание его позиции как полное неприятие роли и значения технических приемов, то есть форм воздействия на пациента. В действительности позиция Роджерса заключается в том, что приемы рассматриваются как катализаторы терапевтического успеха; сами же по себе, оторванные от личности врача, они этот успех не обеспечивают. Отмечая общность этой позиции у В.Н.Мясищева и К.Роджерса, можно утверждать, что использование разнородных по происхождению технических приемов и методов будет тем эффективнее, чем более соблюдаются условия психотерапевтического процесса. Эти условия характеризуются тремя важными и взаимосвязанными позициями ("триада Роджерса"): безусловным позитивным отношением, эмпатией и конгруэнтностью.

Опыт проведения индивидуальной и групповой патогенетической психотерапии убеждает, что наличие или отсутствие в отношении психотерапевта к пациенту названных позиций однозначно связано с терапевтическим результатом. В групповой психотерапии возникает более драматичная ситуация, если у психотерапевта отсутствует безусловное позитивное отношение хотя бы к одному участнику, так как это препятствует созданию атмосферы полной безопасности, поскольку "дух отвержения" витает в группе. Это не позволяет в полной мере использовать специфические механизмы лечебного действия группы, и достигаемые терапевтические изменения отдельных участников связаны с влиянием психотерапевта, хотя сам он может приписывать их влиянию группы (А.М.Ялов, 1992).

Эмпатическая коммуникация психотерапевт-пациент, характерная для психотерапии гуманистической ориентации, а в настоящее время рассматриваемая в качестве общего (неспецифического) фактора психотерапии, признана теперь в психоаналитической психотерапии, где длительное время сохранялось представление о необходимости позиции эмоционального нейтралитета, личной анонимности аналитика, в психотерапии когнитивной ориентации (когнитивной терапии Бека, рационально-эмотивной терапии), а также и в поведенческой терапии, признавшей факт важности эмоциональной взаимосвязи психотерапевта и пациента.

Положения клиент-центрированной психотерапии в полной мере соответствуют мнению В.Н.Мясищева, что "в условиях свободного взаимодействия могут проявляться истинные отношения, но в условиях несвободы и зависимости одного человека от другого отношения во взаимодействии не проявляются, а скрываются и маскируются" (1960).

ИНТЕГРАЦИЯ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

Гештальт-терапия - одна из основных ветвей гумманистической психологии - получает все более широкое признание благодаря не только своему мощному терапевтическому и воспитательному потенциалу, но и способности интегрироваться с другими психотерапевтическими подходами. Феноменологический подход гештальт-терапии, подчеркивающий важность осознания пациентом настоящего посредством переживания текущих мыслей, чувств и телесных ощущений, противопоставлялся Ф.Перлзом каузальному подходу, при котором усилия психотерапевта (и пациента) направляются на поиски причин болезненного расстройства. Однако ортодоксальная модель гештальт-терапии с ее нарочито пренебрежительным отношением к причинности и интерпретациям постепенно сменяется более гибкой моделью, допускающей интерпретирование. Становится очевидным, что сильная сторона гештальт-терапии заключается не в противопоставлении ее функционального (феноменолоического) подхода каузальному (патогенетическому) , не в противопоставлении непосредственного переживания (опыта) анализу, а в ее возможностях к интеграции двух подходов, к синтезу анализа и опыта. Принцип каузальной терапии "тогда" дополняется главным принципом гештальт-терапии "сейчас". Интеграция этих принципов позволяет наиболее эффективно работать над проблемами пациента, восстанавливать связи актуального поведения, трудностей в социальном функционировании с прошлым жизненным опытом. В психотерапии стран Запада приемы гештальт-терапии с успехом сочетаются с трансакционным анализом.

Приемы гештальт-терапии можно использовать как в индивидуальной, так и групповой патогенетической психотерапии. Индивидуальная патогенетическая психотерапия, как мы видели, ориентирована на историческое осознание, в центре ее внимания оказывается история жизни пациента, биографический материал. При этом психотерапевт и пациент в большей мере фокусированы на вопросах "там" и "тогда", заняты выяснением причин неблагополучия пациента. Эмоциональная вовлеченность пациента может оказаться недостаточно высокой, особенно если он склонен к образованию таких механизмов психологической защиты, как рационализация или интеллектуализация. Для интеллектуального осознания, внезапного "схватывания" вытесненного психологического содержания (инсайта) необходимо глубокое эмоциональное "проживание" конфликта, его эмоциональное реагирование. В результате психологического воздействия, направленного на акцентирование эмоционального аспекта отношений через конфронтацию пациента со значимыми для него переживаниями, происходит осознание прежде подавляемых или проецируемых чувств, желаний, потребностей, стремлений.

В отличие от каузального подхода, при котором пациент "рассказывает" о своих чувствах, переживаниях, гештальтистский подход выражается в непосредственном "переживании" в ситуации "сейчас" .Пациент с помощью психотерапевта погружается в значимый для него психологический материал. При этом поощряется наиболее полное эмоциональное реагирование. Рассмотрим наиболее известные приемы гештальт-терапии с точки зрения возможности их интеграции в систему патогенетической терапии.

Выраженным катартическим эффектом обладает гештальт-техника под названием "незаконченное дело". "Незаконченное дело" - это любая неудовлетворенная, часто неосознаваемая в полной мере потребность человека. Наиболее актуальными "незаконченными делами" являются неотреагированные эмоции, невысказанные чувства, различного рода претензии к эмоционально значимым лицам.Пациенту предлагается выразить свое чувство воображаемому лицу с использованием вербальных и невербальных средств общения. Ситуация иногда приобретает весьма драматичный характер, когда речь идет о близких людях , ушедших из жизни. Для более полного отреагирования пациенту предлагается по возможности ярче представить себе воображаемого человека, его лицо, улыбку, голос. При этом пациент может совершать какие-либо манипуляции: например, коснуться руки воображаемого человека, погладить его волосы и т.п. Если при этом у пациента появляются слезы, психотерапевт не утешает и тем более не призывает к сдержанности, напротив, поощряет слезы: "Пусть они прольются, эти очищающие слезы". В процессе такой работы "проясняются" отношения пациента к значимым другим, происходит осознание ранее неосознаваемых аспектов отношений, становится очевидным противоречивый, амбивалентный характер отношений - эмоциональное очищение сопровождается интеллектуальным "прояснением".

Часто гештальт-терапевты используют прием "преувеличения". Он позволяет более полно соприкоснуться с подавляемыми эмоциями, вытесненным психологическим материалом. Психотерапевт обращает особое внимание на "язык тела" пациента, замечая "что" и "как" делает пациент для избежания конфронтации с актуальными переживаниями, чувствами, потребностями, желаниями. Блокирование осознания может выражаться в стесненном дыхании,

в ощущении сдавления горла, различных мышечных сокращениях, мелких движениях пальцев рук. Замечая такие проявления, психотерапевт просит пациента преувеличивать некоторые из них, например сильнее сжимать пальцы рук, усиливать постукивание ногой и т.п. В процессе выполнения этого задания у пациента возникает осознание вытесненного психологического содержания, а также понимание того, как он избегает соприкосновения с болезненными переживаниями. Для расширения осознания пациента используется и специальная процедура под названием "континуум осознания", во время которой пациент сосредоточивает внимание на поочередно возникающих в потоке сознания мыслях, чувствах, переживаниях, ощущениях. Эта процедура позволяет пациенту лучше понять свои потребности, желания, углубиться в ту область своей психической жизни, которая скрыта от сознания. Психотерапевт помогает при этом пациенту преодолевать возникающее сопротивление, поощряет его к преодолению выполнения процедуры , к спонтанности, к более глубокому погружению в область недостаточно осознаваемых переживаний. Расширение осознания - один из важнейших принципов гештальт-терапии. О чем бы ни шла речь, какие бы технические процедуры ни выполнял пациент, психотерапевт постоянно возвращает его к чувствам, к осознанию того, "что" и "как" происходит в настоящий момент.

Среди различных методов гештальт-терапии важная роль отводится игре "диалог между фрагментами собственной личности". В контексте разработки интегративного подхода эта процедура приобретает особое значение, поскольку в ней заключены большие потенциальные возможности для разрешения внутриличностного конфликта. Согласно теории гештальт-терапии, невротическая личность фрагментирована: больной неврозом отчуждает (проецирует) присущие его личности аспекта и присваивает (интроецирует) чуждые, не продиктованные собственными потребностями, но предлагаемые социумом паттерны мышления, чувств, поведения. Целью гештальт-терапии является интеграция личности. Восстановление ее изначальной целостности, гармоничности, нарушенной в процессе социализации. Пациент должен принять себя таким, какой он есть, осознать, какие аспекты своего "Я" он отчуждает, что не принимает в себе, а что, не принадлежащее ему по праву, напротив, присваивает, или пассивно принимает под давлением социума. Интегрированная, или зрелая личность – личность с высокой степенью осознания,- выбирает "срединный путь", путь примирения собственных осознанных потребностей с требованиями общества, чем достигается гармония "Я" с окружающим миром. "Диалог между фрагментами собственной личности" - процедура, в ходе которой наступает интеграция фрагментированной личности, слияние противоположностей. Наиболее универсальными, значимыми для человека противоположностями являются: "мужественность - женственность", "агрессивность - пассивность", "значимость - отчужденность", "рациональность - эмоциональность". Процедура выполняется с помощью "пустого стула", который располагают напротив пациента. Пациент поочередно меняет стулья, отождествляя себя с противоположными сторонами своей личности и проводя диалог между ними.

Если рассматривать эту процедуру с точки зрения психологии отношений и представлений о неврозе как конфликтогенном заболевании, то по существу речь идет об осознании отношения к самому себе, осознании неадекватности самооценки, о столкновении противоречивых сторон отношения к себе, лежащих в основе интрапсихического конфликта. Интеграция личности в

рассматриваемом контексте соответствует моменту формирования адекватной самооценки, отказу, с одной стороны, от несоответствующих возможностям личности претензий, от нереалистических установок, чрезмерно высоких требований к себе или другим, а с другой стороны, принятия прежде отвергаемых потребностей, тенденций, установок, повышении ценности собственных возможностей, способностей, признания уникальности своего "Я".

Проработка внутриличностного конфликта с применением техники гештальт осуществляется следующим образом. В процессе обсуждения с пациентом его проблем, трудных жизненных ситуаций, коллизий, при анализе эмоционально значимых для него отношений (отношения к себе, к значимым другим) пациента просят проиграть диалог между "желанием" и "возможностями", между "желанием" и "долгом". Чаще, однако, диалог проводится между содержательными элементами конфликта, например: женщину, которая с помощью невротической симптоматики удерживает при себе взрослого сына, просят проиграть диалог между "удерживающей" и "отпускающей" матерью; или мужчину, достигшего предела своей профессиональной компетентности и не справляющегося с возрастающими требованиями, можно попросить разыграть диалог между "эрудированным" и "несведущим" или между "преуспевающим" и "заурядным" и т.п.

Диалоги проигрываются и с воображаемыми значимыми другими (родителями, супругами, детьми, начальниками и т.д.). Эта психотехника ярко воплощает теоретическое положение об идентичности внутриличностного и межличностного конфликта, концепцию "интериоризации-экстериоризации". В процессе диалога пациент проецирует на значимого для него "собеседника" собственную проблематику, связанную с внутриличностным конфликтом. Пациент осознает, что источником трудных отношений с другими людьми является он сам, те противоречия, которые лежат в нем самом, а не какие-то внешние, "объективные" причины.

Приемы гештальт-терапии могут быть использованы в групповой патогенетической психотерапии. В сеансах биографической ориентации можно использовать классическую модель групповой психотерапии Перлза, которая основана на диадном взаимодействии врача и пациента на фоне группы. Позиция психотерапевта директивна : психотерапевт направляет пациента, просит повторять значимые для пациента слова, направляет его монологи и диалоги, просит усиливать какие-то действия и т.п. Роль группы сводится к отражению переживаний пациента и к внутренней работе, связанной с отождествлением с пациентом и его проблемами.

При интеракционистской ориентации групповой психотерапии диадный контакт осуществляется не на фоне относительно пассивной группы, а органически "вписывается" в структуру группового занятия: спонтанное взаимодействие между участниками группы подводит к необходимости подключения в какой-то момент терапевтической ситуации того или иного приема гештальт-терапии. При таком варианте психотерапевт выступает в роли эксперта , к помощи которого время от времени прибегает группа для облегчения решения стоящих перед ней задач. Выполнив свою экспертную роль, психотерапевт снова уходит на задний план, предоставляя возможность группе спонтанно развиваться. Работая с членом группы один на

один, психотерапевт использует такие же приемы, как и при индивидуальной психотерапии. Здесь необходимо еще раз подчеркнуть, что в практике групповой патогенетической психотерапии разделение сеансов на биографические и интеракционистские является достаточно условным: обычно в одном сеансе сочетаются различные виды ориентаций. В гештальт-терапии разработаны специальные приемы, предназначенные для групповой ее формы. Они основаны на интеракциях между участниками группы и членом группы, находящимся в центре ее внимания (сидящим на "горячем стуле"). Наиболее известные из таких приемов: "хождение по кругу" ("рондо"), "проективные игры", "реверсивная игра" ("выявление противоположного"). Во время "хождения по кругу" пациент подходит к каждому участнику группы и обращается к нему с каким-либо значимым для него утверждением, выражает свое чувство, свои опасения, сомнения, страхи, по предложению психотерапевта совершает какие-либо действия, направленные на выражение своего отношения к участникам группы. В форме "рондо" часто разыгрывается "незаконченное дело". При "проективной игре" пациента просят отождествиться с тем аспектом своей личности, который он отчуждает, "примерить" ту черту, которую он проецирует на других, и с позиций человека, обладающего этой чертой в гротескной форме, вступить во взаимодействие с каждым участником группы, совершая "рондо". При "реверсивной игре" пациент должен разыграть поведение, противоположное тому, которое он демонстрирует в группе и которое является для него защитным. Так, женщину, играющую в группе роль "душечки", просят перевоплотиться в агрессивную, высокомерную, задевающую других. Если в ходе игры пациенту удается полная индентификация, он начинает осознавать , что проигрываемая роль и черты личности являются его собственными, подлинными. Таким образом интеллектуальное осознание возникает на высоте непосредственного переживания в ситуации "сейчас". Согласно концепции гештальт-терапии связь с "тогда" возникает естественно и не требует специальных психотерапевтических усилий, ибо "сейчас" - это актуализация прошлого опыта. Однако практика показывает, что не всегда возникает полноценный инсайт, полное осознание - еще это лишь зарницы, кратковременные проблески осознания. Именно в связи с этим возникает необходимость сочетания патогенетического (каузального) и гештальтистского (феноменологического) подходов. Так, во время занятий групповой патогенетической психотерапии с использованием гештальт-экспериментов, после выполнения пациентом одного из описанных приемов, участники группы обмениваются мнениями, предоставляют обратную связь, интерпретируют полученный в процессе эксперимента материал. Групповая дискуссия способствует "дозреванию" пациента, трансформации "проблесков" осознания в "просветление". Если психотерапевт, работающий в "чистой" гештальт-терапии, постоянно - и в этом его основная задача - возвращает пациента в ситуацию "сейчас", то при интегративном подходе мастерство психотерапевта состоит в умелом сочетании двух принципов - "сейчас" и "тогда".

Итак, патогенетическая психотерапия, основанная на принципе причинности, больше связана с анализом истории пациента, с воздействием на когнитивный аспект его отношений; гештальт-терапия, основанная на "сейчас", акцентирует "переживание" актуальной ситуации и поэтому больше связана с воздействием на эмоциональный аспект отношений. Отсюда следует, что оптимальное психотерапевтическое воздействие должно основываться на сочетании двух подходов: каузального (исторического) и функционального (феноменологического).

ИНТЕГРАЦИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Патогенетическую психотерапию В.Н.Мясищева сближает с когнитивным подходом общая базальная гипотеза, которая гласит, что не события сами по себе вызывают эмоциональные расстройства, а то, как человек ВОСПРИНИМАЕТ эти события, что он ДУМАЕТ и что ПЕРЕЖИВАЕТ по поводу этих событий, иными словами, ОТНОШЕНИЕ человека к этим событиям. Если у В.Н.Мясищева личность представляет собой "систему отношений", то у А.Бека личность - это система "когнитивных структур" или "схем", представляющих собой базальные убеждения (позиции), а у А.Эллиса - система убеждений ("Beliefs").

Далее, В.Н.Мясищев рассматривает отношение как структуру, состоящую из трех, неразрывно связанных друг с другом, компонентов: когнитивного, эмоционального и поведенческого.А.Эллис рассматривает убеждения ("Beliefs") как "эмоционально-когнитивные связи". Когниции и эмоции рассматриваются интегративно, причем важность этого двуединства, которое с неизбежностью предопределяет и поведение человека, подчеркивается самим названием терапевтического подхода А.Эллиса - "рационально-эмотивная терапия".

Невроз, согласно В.Н.Мясищеву, есть нарушение системы отношений. Идентичное положение мы находим у теоретиков когнитивного подхода: у А.Бека эмоциональное нарушение связывается с наличием у пациента "дисфункциональных" когнитивных схем, а у А.Эллиса - с наличием "иррациональных убеждений", или "жестких эмоционально-когнитивных связей".

Патогенетическая психотерапия связывает наличие неадекватной системы отношений со всем предшествующим неврозу ходом развития личности, начиная с неправильного воспитания в родительской семье. Точно так же "дисфункциональные убеждения", или "иррациональные установки", согласно теориям когнитивных психотерапевтов формируются в детстве на основе личного опыта и идентификации со значимыми другими.

Главная задача патогенетической психотерапии заключается в РЕКОНСТРУКЦИИ системы отношений больного неврозом; главная задача когнитивно-поведенческих подходов - ИЗМЕНЕНИЕ убеждений пациентов, замена дисфункциональных убеждений, иррациональных установок на более адаптивные, функциональные, рациональные, замена жестких эмоционально-когнитивных связей (схем) более гибкими.

Существенная разница двух подходов (патогенетической психотерапии и когнитивных моделей терапии) состоит в том, что в когнитивной психотерапии из анализа выпадает важное (с точки зрения патогенетической психотерапии) промежуточное звено патогенеза эмоционального нарушения - ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ. Психогенез как таковой не интересует когнитивную терапию. Она фокусирована на конечном результате неправильного развития личности - на системе иррациональных, малоадаптивных, приводящих к нарушению личного функционирования, установок, позиций, убеждений. Эллис неоднократно подчеркивал, что рационально-эмотивная терапия не интересуется "генезом" эмоциональных расстройств, ее интересует, благодаря каким иррациональным убеждениям (установкам, позициям) это расстройство поддерживается в настоящем.

Итак, когнитивный психотерапевт работает с убеждениями пациента, с его системой отношений, ценностей, с его мировозрением и философией. Поэтому А.Эллис , например, прямо называет свой подход философским. Патогенетический психотерапевт при тесном сотрудничестве с пациентом проводит вначале АНАЛИЗ проблематики пациента, вскрывает генез заболевания, ИНТРАПСИХИЧЕСКИЕ КОНФЛИКТЫ, приводящие к возникновению эмоциональных нарушений, прослеживает, как внутренние конфликты приводят к межличностным проблемам, выясняет, какие условия (особенности системы отношений) способствуют возникновению конфликтов (внутренних и внешних) , а уже затем (или одновременно с этим) занимается вопросами реконструкции личности, перевоспитания пациента. Патогенетическая психотерапия В.Н.Мясищева является по сущности своей не только рациональной, но и психодинамической в то же время - в этом ее существенное отличие от когнитивной психотерапии.

В связи с этим патогенетическая психотерапия может в значительной степени обогатить арсенал психологических средств, предназначенных для выявления дезадаптивных позиций личности и реконструкции системы отношений больных неврозами, обратившись к методам, применяемым в когнитивно-поведенческих подходах.

Надо заметить, что, проводя психогенетический анализ, психотерапевт при работе с пациентом, прибегая в ходе бесед с ним к многочисленным и разнообразным приемам рациональной психотерапии, как-то: убеждению, разубеждению, доказательству несостоятельности или убежденности позиций пациента, необоснованности его претензий, ограниченности или ригидности его установок и многим другим,- стихийно применяет и те из них, которые описаны в когнитивной терапии как техника "что если", "декатастрофизация", "сократовский диалог", "когнитивный диспут" и др. С другой стороны, используемая, например, в патогенетической психотерапии техника "конфронтации" (описание ее приводится в лекции 9) содержит, как нетрудно заметить, и элементы сократовского диалога и когнитивного диспута. Все это, естественно, не умаляет значения вклада когнитивных терапевтов в разработку когнитивных техник. Трудно назвать хотя бы один прием когнитивной психотерапии, который не мог бы найти себе применение в патогенетической психотерапии при решении ее тактических

задач. Именно поэтому в настоящих лекциях уделяется столь большое внимание когнитивно-поведенческому подходу психотерапии.

Важность когнитивных подходов для нас усиливается еще и тем, что, будучи когнитивно-поведенческими, они при интеграции их в систему патогенетической психотерапии влекут за собой целую вереницу поведенческих процедур, значение которых в решении вопросов реконструкции системы отношений больных неврозами, изменения их поведения трудно переоценить. Связь когнитивно и поведенческого подходов, как было показано создателями когнитивно-поведенческой терапии, является ОРГАНИЧЕСКОЙ: здесь речь идет о СИНТЕЗЕ, ИНТЕГРАЦИИ двух подходов, а не об эклектическом соединении двух разнородных элементов, каждый из которых сам по себе представляет несомненную терапевтическую пользу. В связи с этим когнитивно-поведенческий подход представляет интерес для патогенетической психотерапии (в свете создания ее интегративной модели) не только с точки зрения ее обогащения за счет привлечения отдельных когнитивных техник, но прежде всего с точки зрения холистических принципов, которые лежат в основе этого подхода.

Поскольку когнитивные и поведенческие техники, применяемые в рамках интегративной модели патогенетической психотерапии, не нуждаются в каком-то их особом переосмыслении или модификации в связи с ее специфическими задачами, мы не останавливаемся здесь на них специально, а отсылаем читателя к соответствующим лекциям.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Интегративный подход в психотерапии, в частности интеграция принципов и методов гештальт-терапии в систему патогенетической психотерапии, может быть проиллюстрирован примером работы с пациентом в течение трех сеансов групповой патогенетической психотерапии с применением гештальт-экспериментов.

ПЕРВЫЙ СЕАНС

Терапевт: Кто готов вынести свою проблему на обсуждение? У кого есть какие-то трудности, которые он хотел бы разрешить с помощью группы?

Сережа (участник группы): У меня сложные взаимоотношения с мамой, и я хотел бы разобраться в этом. Меня угнетает то, что мама чрезмерно опекает меня, вмешивается в мои дела, ограничивает мою свободу. Это вызывает чувство раздражения, ссоры между нами.

Далее Сереже предлагается рассказать о себе и о своей жизни то, что, с его точки зрения, является важным , существенным. Сережа рассказал следующее. Ему 27 лет, он холост и живет с мамой. Матери 53 года, у нее доминирующий характер, и она подавляет его. Отец злоупотреблял алкоголем, родители развелись по инициативе матери, когда мальчику было 9 лет. Отец живет в другом городе, имеет другую семью. Первые четыре года после развода мальчик с отцом не встречался. Вспоминает, что тосковал по отцу, хотелось, чтобы он вернулся, говорил об этом матери, но мать была настроена категорически против отца, упрекала его в том, что он испортил ей жизнь, унижала его в глазах сына: "твой отец ничтожество", "слабый человек", "безвольный пьяница" и т.п. В последующие годы встречался с отцом ежегодно, приезжал к нему погостить. Мать пыталась устроить свою личную жизнь, но безуспешно. Одно время в семье наездами появлялся "дядя Слава", но у него была своя семья.

После окончания медицинского института уехал по распределению в другой город. Тосковал по матери, звонил по телефону почти каждый день, часто приезжал к ней. Рассказал о своей интимной жизни. Встречался с женщинами, но до прочных отношений дело не доходило: или он уходил, или его скоро оставляли, т.к. он не решался сделать предложения. Часто не доходило и до близких отношений. О мотивах своего нерешительного поведения в отношении к женщинам говорит весьма путанно, пытается объяснить это наклонностью к платоническим отношениям, к идеализации любви, а также социальной неподготовленностью к вступлению в брак (отсутствие подходящих жилищных условий, низкая заработная плата и т.п.). Создается впечатление о том, что мотивы недостаточно осознаются, прибегает к рационализации.

Рассказал, что отношения с матерью особенно напряжены в последние годы. Мать раздражает его тем, что не спит ночами, когда его нет дома, ждет его возвращения, постоянно спрашивает, где он проводит время, когда вернется домой и т.п. Не чувствует себя свободным. В то же время мать не возражает против того, чтобы он женился, воспринимает это как неизбежный факт. На вопрос о том, предпринимал ли он попытку жениться, рассказал, что, приезжая к матери, когда он работал по распределению в другом городе, встречался с девушкой и через некоторое

время сделал ей предложение. Уклонился от ответа на вопрос, был ли в нее влюблен: "Она мне нравилась". Первый же вопрос девушки о том, где они будут жить, вызвал растерянность и недоумение, т.к. считал естественным, что жить они будут у него с мамой. Получив уклончивый ответ на свое предложение, девушка просила дать ей месяц на размышление. В последующие за этим дни испытывал напряжение. Была неприятна необходимость прийти в ее дом для представления родителям, опасался, что придется жить в чужом доме, с чужой матерью. Мать девушки не понравилась, чувствовал ее властность, стремление во всем настоять на своем, была неприятна мысль о том, что придется подчиняться ей. Мать завела разговор об участке. Понял, что все идет к тому, что они хотят, чтобы он жил у них. Особенно болезненно воспринял реплику девушки: "Я понимаю нежные отношения сына к матери и даже ценю их, но жить со свекровью я категорически отказалась бы". Тяготился ситуацией ожидания. Решил форсировать события, чтобы освободиться от неприятных переживаний, торопился "решить все раз и навсегда". Позвонил девушке и потребовал дать ответ. Снова получил уклончивый ответ. После этого уехал на работу по месту распределения и больше не звонил.

Еще до этого сообщил матери о намерении жениться. Мать восприняла это внешне спокойно. Почти не говорили на эту тему.Когда через некоторое время мать осторожно спросила, как идут дела, он ответил с небрежностью о том, что больше говорить не о чем. Больше к этой теме не возвращались.

Терапевт: Сейчас у тебя есть возможность закрыть гештальт, закончить неразрешенную ситуацию с девушкой. Вообрази, что она сидит на стуле напротив тебя, и проведи с ней диалог. Когда будешь говорить от ее имени, то пересаживайся на ее стул, причем старайся перевоплотиться , стать ею, вчувствоваться в ее переживания, посмотреть на мир ее глазами, с точки зрения ее потребностей, интересов. Попытайся осознать мотивы своего поступка, что двигало тобой изнутри, почему расстался с ней, какие внутренние преграды стояли, что помешало вам соединиться? Чтобы этот диалог состоялся, надо быть предельно искренним и спонтанным. Итак, твоя девушка, Оксана, сидит напротив ...

Сергей: Привет!

Оксана: Привет!

Сергей: Ну как дела?

Оксана: Да ничего.

Сергей: Как успехи? (К терапевту: В тот период?)

Терапевт: Здесь и сейчас! Тебе надо завершить ту незаконченную ситуацию. Тогда ты не позвонил, и не было объяснений, пусть это объяснение произойдет сейчас. Вы сейчас встретились и пытаетесь понять, что произошло, почему вы расстались.

Далее идет довольно формальный разговор на общие темы: о родственниках, о работе и т.п. ("из вежливости").

Терапевт (прерывает): Давайте ближе к теме, так можно долго разговаривать. Спроси у Оксаны: "Ты не жалеешь, что так все получилось?"

Сережа: Ты не жалеешь, что так получилось?

Оксана: Жалею. Но ты же не позвонил. Ну кто же так замуж-то предлагает?

Сережа: Ну женился бы я на тебе, а потом ... (Пауза. Не знает, что говорить).

Терапевт: Вот и скажи, а что было бы потом.

Сережа: Наверное, все-таки я устал бы, устал бы ... (Снова долгая пауза).

Терапевт (со стороны Оксаны): От чего бы ты устал?

Сережа: Бороться бы устал. Бороться с твоим стремлением подчинить себе. Постоянно волноваться за тебя .А может быть, даже и ревновал бы тебя. Я просто ревновал бы тебя к другим мужчинам ... А может быть, я просто боялся тебя потерять.

Оксана: Почему ты боялся?

Сережа: Ты же знаешь меня - я люблю сидеть дома, вообще я хочу быть дома ... (Заминка, затем с мечтательной фальшивой интонацией). Я хочу быть с тобой ... Я хочу заняться работой, в конце концов.

Терапевт: Спроси у Оксаны: "Как ты думаешь, почему я так поступил?"

Сережа: (Повторяет вопрос.)

Оксана: Да ты неумелый, не знаешь, как ухаживать за девушкой! Тебя ждешь, ждешь. А ты все куда-то едешь (с досадой) ... А потом встречаешь холодное твое лицо.

Терапевт: Спроси у Оксаны: "И все-таки, что ты думаешь, почему я так поступил?"

Сережа: Почему я не женился на тебе?

Оксана (тихо) : Не знаю ... А может быть, ты испугался, а может быть, ты ... (долгая пауза) нерешительный ... может быть, ты слушаешь своих друзей ... не знаю ... может быть, ты (тихим голосом, робко) слушаешь свою ... маму. Я не знаю. (С готовностью.) Да в общем, расскажи мне сам! Ага! Ты не хочешь говорить, не хочешь ... Ты просто не любишь меня, скорее всего. Ведь мужчина должен ухаживать, быть рыцарем, дарить цветы, а ты так редко мне их дарил ... (Далее уходит в общие рассуждения от достигнутого осознания, "заговаривает").

Терапевт (настаивает со стороны Сергея): Оксана, я все-таки хочу услышать от тебя, что ты обо мне думаешь, скажи искренно.

Сережа (решительно): Скажи, как есть на самом деле.

Оксана: Я думаю, что ты, как и все мужчины (говорит без задержек, с готовностью, как будто нашел объяснение), все вы хотите чего-то одного и не хотите понять ...

Терапевт (прерывает): Сережа, я хочу, чтобы это было искренно. Что ты делаешь сейчас?

Сережа: Я передаю то, что она говорит.

Терапевт: Ты кокетничаешь сейчас!

Сережа: Так она всегда говорит!

Терапевт (настаивает с легкой досадой):Выясни, что она сейчас о тебе думает.

Сережа (со стороны Оксаны): (Меняет манеру, становится серьезным, задумчивым, после долгой паузы.) Я думаю, ты слабый человек ... (Обращается к терапевту) : Это мои мысли, я не могу сказать, что она думает, я не могу знать! Это сплошь одно кокетство!

Терапевт: Представь себе, что настал момент истины, теперь не до кокетства. Вы дошли до такой черты, когда ложь становится просто нелепой и неприличной и надо говорить только правду!

Сережа (со стороны Оксаны): (Опустив голову, медленно, внушительно, с большой экспрессией.) Какая ты мразь ... ты мразь ... Мне действительно тебя жаль ... Я ведь тебя любила, а ты ... (Пауза.)

Сережа: Ты меня как мужчину не воспринимаешь вообще, ну не чувствовал я этого! Эти кратковременные встречи, наезды. Ты не думала обо мне ... (К терапевту.) Я хочу уйти! Мне больше нечего сказать!

Терапевт (от Оксаны): Нет, я прежде хочу знать от тебя, что произошло!

Сережа: Я придумал какую-то волю, я начитался, я придумал какую-то силу ... Да, да, были запреты, самоограничения, анализ. А я ... я тебя любил, любил и изменял.

Терапевт (от Оксаны): Скажи, почему тебе лучше без меня?

Сережа: Мне не нужно ничем себя обременять, мне не нужно ни с кем бороться, ни о ком думать, я себя комфортнее чувствую. Все! А вот скажи ты мне, за что тебя так любят в семье? Почему ты так себя вела? Ты человек малоинтересный, мне часто было скучно с тобой. Мое

внимание ты привлекала какими-то примитивными формами. Сплошным кокетством. Я ощутил, что ты многое взяла от своей мамы - ее директивность, догматизм. Ты часто говоришь "мое мнение", не аргументируя ... (Продолжает перечисление претензий, анализируя характер Оксаны).

Терапевт (прерывает): Сережа, переведи на собственную личность. Взаимные упреки оставим в покое! Пусть это будут сильные слова. Даже если и объективно несправедливые, но чтобы они шли от сердца.

Сережа (громко, решительно): Я побоялся взять на себя ответственность ... иметь собственную семью! Постоянно сглаживать, обыгрывать конфликты между тобой и мамой. Я всего этого боялся. Мне стало страшно, понимаешь, просто страшно, и я не захотел этого! (Долгая пауза.) Я не могу больше ничего сказать. Все!

Терапевт: Что ты чувствуешь?

Сережа: В ногах тепло. В лице жар. Боль в спине. Ощущение какого-то освобождения. Сильно устал. Мышечное расслабление. Все!

ВТОРОЙ СЕАНС

Сережа: Трудности прежде всего в том, что у меня неосознанная раздражительность к своей маме. Причем когда я ее не вижу, то хочу увидеть ее, хочу помочь ей в чем-то, чем-то поделиться ... Это все уходит, как только я прихожу домой. Хотя, если она улыбается, смеется, я всегда искренно разделяю ее радость. Проблема в том, что мы оба понимаем конфликтность наших отношений, но ни я , ни она не склонны пересмотреть ... трезво отнестись к этому конфликту.

Терапевт: Сережа, у тебя есть конкретные претензии, обиды?

Сережа: Есть, есть.

Терапевт: Вообрази, что на этом стуле перед тобой сидит мама и молчит, она не будет тебе возражать, а ты выскажи ей так искренно, как только ты можешь, все свои претензии и обиды.

Сережа: Понимаешь, мне не нравится то, что ты постоянно практически во всем, в любых мелочах упрекаешь меня. Мне не нравится, что ты часто косвенно пытаешься навязать мне свою точку зрения по поводу решения каких-то вопросов. Мне не нравится то, что ты часто в детстве, сейчас меньше, безусловно, не разделяешь моих привязанностей к людям, т.е. к моим друзьям. Мне не нравится то, что ты не знаешь – но сейчас, слава Богу, усвоила - имена моих друзей. Мне не нравится твой прагматизм, во всем ты пытаешься искать какую-то выгоду. Мне не нравится то, что ты высказываешь свою точку зрения по поводу женщин, с которыми я встречаюсь. Мне не нравится, что ты во все лезешь и мешаешь мне принимать свои решения. Мне не нравится, что ты не пытаешься прислушаться ко мне, когда я хочу дать тебе трезвый совет. Мне не нравится твоя нерешительность. Мне не нравятся твои конфликты на работе. Мне не нравится, что ты говоришь со мной о не волнующих меня вещах. Мне не нравится, что ты раньше читала, а сейчас забросила свою профессию. Мне не нравится твоя мелочность. Мне не нравится, что ты не скрывала от меня своего негативного отношения к отцу. Мне не нравится, что ты постоянно воспитывала во мне какое-то презрение к отцу. Мне не нравится твое отношение к родственникам, хотя формально все хорошо. Мне не нравится, что ты стремишься доминировать, что ты часто повторяешь: "Мать есть мать, сын есть сын". Мне не нравится, что ты не следишь за собой, мне не нравится твой бедный гардероб, ходишь в старой обуви. Для кого все это? Мне не нравится, что ты призываешь меня к выполнению какой-то нашей семейной программы, которая сплошь и рядом порочна. Мне не нравится, что ты не хочешь, чтобы я занимался сельским хозяйством, я хочу быть врачом, я еще не оставляю надежды быть врачом. Мне не нравится то, что ты даже сейчас можешь меня унизить. Мне не нравится, что любое мое жесткое поведение ты расцениваешь как грубость.

Терапевт: Ты предъявил маме много разных претензий. Назови теперь самую главную.

Сережа (с глубоким раздумьем, тихо): Из-за тебя я не могу чувствовать себя самостоятельным человеком. Ни в чем!

Терапевт (обращает внимание на то, что пациент во время монолога постоянно притирает ладони одну к другой): Что ты сейчас делаешь руками?

Сережа: Я тру пальцами ладонь. Я не знаю ...

Терапевт: Попытайся преувеличивать это движение рук и понять, что за этим стоит.

Сережа (преувеличивая движение рук): Я вижу ее взгляд. Я ощущаю материнский взгляд ... Это может быть там глубоко отец ... Я передаю отношения между нами, между мной и матерью. То она прижмет меня к себе, то она меня унизит, накричит на меня, оскорбит. У нее это часто бывает. С детства. Я ненавижу ее за это. За то, что она с самого начала воспитывала меня какого-то особенного, постоянно во мне отмечала какие-то достоинства - и сама тут же могла унизить меня. Все запрещала. (Далее обращаясь к матери.) Ты запрещала поздно приходить домой, встречаться ... с девушками. "Надо сначала окончить школу, поступить в институт". Да, ты всячески противилась моим встречам с девушками. Я запомнил один момент, когда ты сказала: "До окончания института жениться не смей!" Ты часто называла меня мразью. Очень часто. Стоило мне в 24 года поздно прийти домой - все! (Размышляет вслух, медленно.) Почему я всегда пытался искать причины с бабушкой - нет, с бабушкой у меня был полный контакт. А может быть, те мужчины, которые ... я часто их не принимал ... с которыми она встречалась. Она часто советовалась со мной, мне было уже 14-15 лет. Советовалась со мной, будто сама чего-то боялась ... (Снова к матери.) Мне надоели твои упреки в том, что ты мне дала все, а я такой неблагодарный. Мне надоело твое постоянное желание, чтобы я все время был с тобой. Мне надоели твои слезы ... Я так хорошо себя чувствовал, когда тебя не было рядом. Хотя иногда я хочу тебя видеть. Мне надоело постоянно себя сдерживать. Я не могу с тобой серьезно поговорить ни о каких своих проблемах. Ты не принимаешь мои слова на веру либо полностью их отвергаешь. Мне надоело, что если я прихожу утром, ты закатываешь мне истерики. Мне надоели твои постоянные укоры и стремление ... женить, хотя знаешь, что при таком отношении я этого не сделаю. Мне надоело твое притворство, когда я вижу, когда ты с кем-нибудь встречаешься, ты формально интересуешься человеком. Ты думаешь, я этого не замечаю. Вообще у тебя формальные отношения. Мне надоели твои упреки в отношении бытовых проблем. Когда я начинаю чинить сантехнику, ты лезешь туда, когда я берусь чинить утюг - ты опять лезешь! Мне надоело видеть тебя постоянно

рядом. На-до-е-ло! Вот и сейчас ... тебя нет - и я прекрасно себя чувствую! Великолепно! Я не вижу тебя десять дней, и я отдыхаю! Ты думаешь , что когда ты уезжаешь, то я обязательно кого-то приведу. Мне надоели вот эти твои постоянные подсматривания. Где не так тапочки стоят, где не так еще что-нибудь такое. Не дай Бог я чашку забуду вымыть - это же кошмар! "А кто у тебя был?" Я что, не могу пригласить кого-нибудь? Мне все это надоело! Во всем ты выбираешь! Ты решаешь! Мне это надоело! Терапевт: Тебе не надоело продолжать эти обвинения?

Сережа: Да какой-то след остается, еще что-то ...

Терапевт: Видимо, ты не проговариваешь самого главного. Ты буксуешь, понимаешь? Потому и след ... Надо сделать тот самый толчок или рывок, о котором мы вчера говорили. Прорыв надо сделать. (Долгая пауза ...)

Терапевт (предлагает сесть на стул мамы): Пусть теперь мама скажет тебе.

Сережа (от имени матери): Ты теперь знаешь прекрасно, твой отец испортил мне жизнь. Ты ведь знаешь, что стоило мне поставить тебя на ноги, что стоило получить эту квартиру. Я хотела, чтобы ты не испытывал тех трудностей, которые испытала я. Ты же знаешь прекрасно, что я жертвовала своей личной жизнью, чтобы ты стал на ноги. Я хотела, чтобы ты получил образование. Ты его получил - я довольна этим. Я сделала для тебя все, и вот теперь ты отвечаешь мне черной неблагодарностью! У всех дети как дети, а ты неблагодарный сын. Я знала это. Неблагодарный сын. Я знала, что ты захочешь от меня уйти, что ты захочешь самостоятельности, что эти девки тебя до хорошего не доведут . Я знала это прекрасно. И вот я получила. Я получила по заслугам. За то, что я всегда себе во всем отказывала! Ты же знаешь, что я одна, я одинока. Я переживаю, когда тебя долго нет.

Терапевт (просит занять прежнее место): Посмотри теперь на маму и скажи, что ты чувствуешь к ней.

Сережа: Я чувствую какую-то опустошенность ... Сейчас передо мной стоят ее глаза. Я ощущаю какую-то усталость в теле, хотя сознание ясное. Мое состояние изменилось, оно совсем другое ...

Терапевт : После того как вы высказали претензии друг к другу, не возникает желания просто поговорить с мамой, попытаться понять в чем дело, что такое происходит с вами, почему порознь вам плохо, а вместе еще хуже?

Сережа (обращаясь к матери): Я не чувствую, чтобы ты сейчас хотела этого.

Терапевт: Наверное , это зависит еще и от тебя.

Сережа (медленно, трудно, подавленно): Давай сейчас с позиции взрослых людей обсудим эту проблему. Вот ты говоришь, что я часто забываю о тебе в различных ситуациях. Почему ты так говоришь?

Мама: Ты же знаешь, я боюсь. Когда ты рядом, я чувствую себя спокойнее. Мне страшно оставаться одной. Ты единственное, что у меня осталось, ты единственный человек, который мне нужен.

Сережа (тихо, с нежностью): Мама, я же не собираюсь уезжать. Ты же знаешь прекрасно, что я часто думаю о тебе. Когда я уезжал, ты же помнишь, я звонил тебе каждый день. Ты же чувствовала мое присутствие, ты знала, что я рядом, что я о тебе волнуюсь. Я бы хотел, чтобы мы сообща решали все наши семейные дела, ставили бы друг друга в известность. Может быть, тогда я женюсь ... и будут дети, внуки ...

Терапевт: Спроси у мамы: "Мама , ты хочешь, чтобы я женился!"

Сережа: Ты хочешь, чтобы я женился?

Мама: Да , я хочу, но я хочу ... (пауза) чтобы тебе попалась такая жена, которая бы уважала и ценила тебя. Я хочу, чтобы ты женился. Я хочу тебе счастья, хочу ... я тоже устала от всего этого.

Терапевт: Спроси от имени мамы: "Ты сам-то жениться хочешь?"

Сережа (от имени мамы): Ты хочешь жениться?

Сережа (долгая пауза): Нет!

Терапевт (от имени матери): Так чего же ты хочешь?

Сережа (тихо, после паузы): Я тоже хочу быть с тобой. Хочу жить так, как и жили ... Довольствоваться тем, что есть ... (Громче, более живо, как бы приходя в себя.) Меня удовлетворяет все это ... Все прекрасно!

Мама (тихим, упавшим голосом): А как же дети?

Сережа (более живо): Что дети? Что сейчас дети? Их прокормить даже нечем сейчас. Ты же знаешь, что я всегда создавал себе идиллический образ, какой-то любви ... хотя сам в этом практически ... Но я вспоминаю, как ты препятствовала нашим встречам с Мариной.(С сарказмом.) Редчайшее зрелище! Тебе все не нравилось, все абсолютно! Ты все эмоции во мне давила. Все давила. Все!

Терапевт: Еще раз, глядя на маму, мог бы повторить, что ты хочешь?

Сережа: Я хочу, чтобы мы понимали друг друга и с уважением относились друг к другу.

Терапевт: А по поводу дальнейшей жизни, по поводу женитьбы? Повтори то, что ты уже сказал.

Сережа: Я хочу, чтобы мы понимали друг друга и уважали друг друга. Я хочу, чтобы ты не мешала мне в выборе женщин. Чтобы не мешала мне в выборе моего пути. Хочу, чтобы ты мне не навязывала ...

Терапевт (прерывая): Сережа, я хочу, чтобы ты повторил только то, что ты уже ответил на вопросы, хочешь ли ты жениться и чего ты хочешь.

Сережа: Я хочу, чтобы ты ... (пауза) не давила мои эмоции, я хочу, чтобы ты не высказывала в таких формах своего отношения.

Терапевт (настойчиво): Сережа, скажи еще раз то, что ты уже сказал здесь на вопросы мамы о том, хочешь ли ты жениться.

Сережа (небрежно): Да нет, наверное не хочу.

Терапевт: Так скажи это маме еще раз. Чего ты хочешь, еще раз скажи.

Сережа (упавшим голосом, тихо): Я хочу ... чтобы мы были вместе ... Я хочу, чтобы ты решала все за меня. Все делала, а я жил бы вот так ... В принципе меня все устраивает, я на все готов.(С детской обидой в голосе и с протестом.) Мне ничего не надо! Ничего! Работа есть - все! Этого вполне достаточно. Хочу, чтобы все оставалось на своих местах. Я только одного хочу, чтобы ты не сильно на меня кричала - и все. Чтобы наша семья была вместе. Все. Больше я ничего не хочу.

Терапевт: Теперь попытайся ответственно сказать маме, что больше всего из твоих признаний тебя больше всего напрягает в отношениях с ней.

Сережа: Больше всего меня напрягает, наибольший дискомфорт я испытываю тогда, когда говорю тебе, что сегодня я не приду ночевать домой. И вот этот момент, когда я ухожу, доставляет мне массу неприятностей. Слышать твои внутренние упреки - я их ощущаю. Я это чувствую всеми фибрами (тяжело вздыхает). Находясь в постели с женщиной, я могу встать чуть свет и уехать, формально объяснив это какими-то причинами. Я возвращаюсь к тебе, чтобы ты чувствовала себя спокойно ... (Пауза.) И еще. Когда ты меня слишком опекаешь, это мне мешает. Все.

Терапевт: Ты сказал самое главное, что тебя напрягает?

Сережа: Да, это главное. Другие моменты, другие картины, которые возникают сейчас в моем сознании, успешно решаются. Два самых главных момента (убежденно) и, возможно, первый самый главный, потому что с другими я нахожу силы бороться. Первый момент самый важный. Она ведь понимает все! И еще (обращаясь к матери с горечью и ожесточением): Я не хочу, чтобы ты меня оскорбляла. Называла меня дрянью и мразью. И это с детства - как будто тебя хлещут по лицу. Потом у меня возникают проблемы, почему у меня с женщиной какая-то неуверенность. Сперва вгоняют в детстве вот так вот, как молоток вгоняет гвоздь.

Терапевт: Ты закончил работу?

Сережа: Да, все.

Терапевт: Мама услышала сегодня от тебя что-нибудь нового?

Сережа: Да, в общем мама услышала много нового. Обычно наши разговоры, если они носили серьезный характер, принимали форму слез или хлопанья дверью.

Терапевт: А ты услышал что-нибудь нового для себя?

Сережа: Нет, ничего. Все это уже проигрывалось.

Терапевт: Ну хорошо, а когда ты сказал маме, что ты хотел бы остаться с ней и больше тебе ничего не надо, - ты так всегда думал, или это сейчас пришло?

Сережа(тихо): Нет, это сейчас.

Терапевт: Какое чувство у тебя возникло в тот момент?

Сережа: Ощущение сброса, сброса ... с языка. В затылке появилась боль какая-то, я сразу попытался посмотреть внутрь себя. Это было чувство похожее на вчерашнее, но с легким туманом каким-то.

ТРЕТИЙ СЕАНС

Сережа: После первого сеанса, на котором я разговаривал с Оксаной, я понял, что темой следующих сеансов будут взаимоотношения с мамой. Несмотря на то что я действительно чувствовал значительное облегчение после первого сеанса, все-таки какая-то неудовлетворенность еще была. После второго, вчерашнего сеанса- разговора с мамой - я действительно ... ну просто ни о чем не думал, я великолепно спал, я встал отдохнувшим, я чувствовал просто какое-то удовлетворение, даже если я и вспоминал занятие, то это все же был какой-то индифферентный поток мыслей.

Терапевт (обращаясь к группе): До сих пор мы работали больше "здесь и сейчас". А вот нет ли такой потребности перебросить мостик от того, что мы наблюдаем "здесь и сейчас" к тому, что было "тогда", в прошлом, с тем чтобы попытаться выяснить происхождение вот этих взаимоотношений с матерью, отчего они так сложились, кто в этом повинен? Какова предыстория, что вызвало такую прочную связь с матерью? Что так привязало?

Сережа: Я субъективно не чувствую такой потребности.

Терапевт: А тебе эта связь понятна?

Сережа: Да!

Терапевт: С чем ты это связываешь?

Сережа: Я связываю наличие своих проблем ... Это прежде всего любовь и привязанность к матери. С моей стороны - нежелание уходить от нее под любым предлогом ... Я скорее всего мог себе объяснить, словами какими-то , выводами, рассуждениями, но не признать это нежелание уходить от нее. В дальнейшем это привело к комплексу ...

Терапевт: Мне кажется, ты сейчас пытаешься анализировать не причины, а следствие. А нас причина интересует. Вот я хочу спросить тебя, Сережа. Взять других мальчиков - у них тоже мама есть, и они тоже любят свою маму и привязаны к ней, но вот такой привязанности, которая лишает возможности человека эмансипироваться, создать свою семью, нет. Вот эти причины - ты пытался их анализировать, есть у тебя какая-то версия?

Сережа: Да. Мои какие-нибудь, может быть, сексуальные привязанности к матери, причем возникшие очень рано. Я вспоминаю о том, как часто говорил бабушке о том, что я люблю свою маму, это я точно помню, о том, что я хотел бы ... нет, я сожалел ... что не смогу жениться на моей маме. Вот это было.

Терапевт: Это в каком возрасте было?

Сережа: Ну лет пять.

Терапевт: По-моему, все мальчики в твоем возрасте мечтают жениться на своих мамах, по крайней мере говорят об этом. Но потом они вырастают и женятся на других женщинах, а вот с тобой этого не происходит. Значит, у тебя такая версия, что ты был маленьким Эдипом и таким остался, влюбленным в свою маму.

Сережа (с раздумьем): Это понятно, что у всех есть эдипов комплекс, но почему именно я на этом застрял? Хотите, я скажу, что мне представилось, когда вчера я усиливал то движение руками, на которое вы обратили внимание, когда я разговаривал с мамой? Я не сказал тогда ... Мне представилось, что я глажу то самое место у мамы. Когда я был маленький, я однажды подсмотрел, и это воспоминание явилось

...

Терапевт: Хотел бы ты теперь поговорить с отцом о своих переживаниях, чувствах, о том, что волновало тебя в детстве и о чем ты с болью вспоминаешь и теперь?

Молчание, долгая пауза ...

Терапевт: А что сдерживает?

Сережа (тихим голосом): Ничего ... я не хочу просто ... Я представил нашу беседу на эту тему ... в общем, я не испытываю какой-то потребности ... Конечно, мне его не хватало ... но настоящей потребности поговорить с ним я не ощущаю ... я чувствую просто какую-то пустоту. Вот когда я говорил о своих версиях, то в общем и эта возникла ... версия человека, который являлся для меня примером мужчины ... эпизодически мужчины, которые появлялись в жизни моей мамы ... в общем-то некоторые давали мне некий образ, но, что касается отца ... именно он давал очень мало ... все эти пьянки ... они меня очень раздражали. В отношении к отцу я четко ощущаю, даже сейчас, когда я представляю его пьяным, раздражение ... он напивался очень сильно.

Терапевт: Теперь ты мог бы поговорить с отцом об этих проблемах?

Сережа (тихо, с сомнением) : Не знаю ... Я боюсь ему сказать какую-то правду, какую- не знаю ...

Терапевт: Так, может быть, ты начнешь этот разговор, и ты подойдешь к этому, поймешь, что ты боишься сказать отцу.Начни: "Отец ..."

Сережа: Отец, я чувствую жалость к тебе. Я думаю, что мать права. С одной стороны, ты довольно многого достиг, тебя ценили как специалиста, к тебе многие обращались, но не более того ... Посмотри на себя, как ты растолстел, выпиваешь и все ищешь причины вне себя ... (Долгая пауза ... К терапевту.) Я ничего не хочу сказать.

Терапевт: Но ты уже говоришь. Говори дальше! Скажи отцу, как ты его воспринимаешь: как специалиста, как мужчину, как отца, как человека - вот это все скажи!

Сережа: Мне не нравится, что ты в общем ничего не можешь сделать по дому, что ты пьешь, что ты редко навещаешь свою мать, хотя живешь с ней совсем рядом. Мне не нравится, что ты мне редко пишешь, хотя требуешь от меня писать чаще ... Мне не нравится, что ты не следишь за собой, хотя в молодости занимался спортом. Мне не нравится, что ты живешь, как отшельник. Мне не нравится то, что ты (более тихим голосом) ... не предпринимал никаких попыток ... вернуться в семью ... Это самое страшное, чего я не могу простить тебе ... Ты не виделся со мной пять лет ... ты мог долго меня не видеть ... и ничего о себе не писать. А во время моего приезда ты устраивал сцены, изображая человека, который так долго ждал меня.(Долгая пауза).Все! (Пауза, с новым приливом сил.) Ты учил меня больше плохому, чем хорошему. Ты мог дать мне рюмку выпить, но не способствовал моему образованию. Ты был от меня вдалеке, а без твоих алиментов я мог обойтись. Ты не занимался моим воспитанием! Поэтому я часто не знал, как вести себя, у меня не было отеческой поддержки, совета. Я видел только материнские слезы , истерики, запреты ... Советы матери не давали желанного для меня результата, носили какой-то оборонительный характер ... Я в детстве, да и позднее стал приобретать ... (с усилием и повышением голоса) женские реакции. Я плакать мог, я мог обижаться.(Долгая пауза.) (Глубокий вздох.) Наверное все ... (Долгая пауза. С новым порывом.) Вообще-то я хочу тебе сказать, что я ненавижу тебя за то, что ты плюнул в мою мать. Ненавижу.

Терапевт: Скажи отцу: "Ты виноват передо мной в том ..."

Сережа: Отец, ты виноват передо мной в том, что ты даже не пытался ... вернуть меня к себе ... (Вздох.) Ты виноват передо мной в том, что забыл меня на целых пять лет. Виноват.

Терапевт: Мог бы ты сказать теперь самое важное отцу?

Сережа (решительно): Самое важное заключается в том, что ... (проговаривает медленно, с нотками трагизма, но уверенно и твердо) ... тебя не было тогда , когда ты мне был нужен. (Выпрямляется на стуле с глубоким вздохом.)

Терапевт: Сейчас ты все сказал?

Сережа (с облегчением и чувством радости): Да! Некоторые вещи явились для меня более осознанными. То, что мне не хватало отца, я мог подозревать это и раньше, "было бы неплохо, если бы ты был здесь", но я всегда давал себе такую установку : "Отец есть отец, мать есть мать". И с этим ничего нельзя сделать. А в сегодняшнем эксперименте эта мысль ... отца не было тогда, когда он был нужен ... казалось бы , такая простая ... вся суть именно в этом ... стала мне очень понятной и значительной, я только теперь по настоящему это осознал.

ГРУППОВАЯ ДИСКУССИЯ

Терапевт: Теперь мы можем обсудить проблему Сережи, позволить себе и выражение чувств и мыслей.

Нина: Сережа, отец не приезжал к тебе. Ты как-то это объяснял? Что это значило для тебя?

Сережа (со вздохом): Я не нужен ... Я ему не нужен! Он меня бросил! Он меня не любит ...

Надя: У тебя к отцу, как и к матери, двойственное отношение: люблю и ненавижу. Ненавижу за то, что бросил, не любит ...

Зиновий: Ты ведь и сказал, что ненавидишь его. Кстати, я это ждал. Когда ты это сказал, признаться, мне хотелось пнуть ногой тот стул, на котором он сидел!

Валя (запальчиво): А у меня такое желание ... Я вся издергалась. Я не могу. Вчерашний разговор ... как ты говорил, с какой интонацией обвинял маму в том-то и том-то. Ты обращаешься к отцу, к человеку, который, по сути, виноват во всем, в твоих несчастьях, в том, что мама осталась одна, в том, что, по сути дела ... прожита жизнь и ты так к нему относишься , это ужасно!

Нина: Валя, такое впечатление, что ты себя чувствуешь Сережиной мамой.

Валя (нервно смеется): Ладно, пусть будет так ...

Терапевт (к Вале): Ты полностью на стороне мамы. Вчера ты защищала маму, а сегодня ругаешь отца. Это значит, что

отождествляешься с матерью. И защищаешь, по сути, себя.

Валя: Ну, может быть ... (смеется).Да, конечно. Да, нет! Ну, это же ... Да, ладно! Вы хотите сказать, что это мои проблемы ...

Нина: Именно. Нас здесь несколько человек примерно одного возраста, и у нас взрослые дети, но у нас нет таких чувств, значит, они твои. (К Сереже.) Сережа, когда ты нападаешь в этом разговоре на отца, обвиняешь его, как ты думаешь, на кого ты похож?

Сережа: Наверное, на маму ...

Терапевт: Хватит уже задавать вопросы Сереже. Пора Сереже услышать, как мы воспринимаем его, что чувствуем и что думаем о нем и его проблеме.

Сережа: Нина, скажи ты мне.

Нина: У меня к тебе большое сочувствие. Вчера, когда ты закончил работу, ты сидел в такой свободной позе, так красиво развалившись на стуле, и выражение лица у тебя было заинтересованным , ты просто слушал нас, и я любовалась тобой. А что касается моих чувств на протяжении всей твоей работы, то я прямо кипела и клокотала. Гм, я бы выпорола твою мать, вот какие у меня были чувства! Я сейчас, конечно, поостыла, я понимаю, что она по-своему, конечно, несчастная женщина. Я негодовала. Мне так показалось, что к тому времени, когда вы расстались с отцом, она уже тогда сфокусировалась на тебе, она уже тогда хотела остаться с тобой вдвоем, она уже тогда неосознанно стремилась к тому, чтобы ты теперь сказал "я хочу быть с тобой". Вот тогда. А дальше, что бы она ни делала, она бессознательно делала так, чтобы удержать тебя рядом с собой.

Надя: Причем она играла на твоих лучших чувствах. Она вызывала жалость, сочувствие, сострадание. У тебя это хорошо прозвучало в диалогах. "Я всю жизнь отдала тебе, все ради тебя, не вышла замуж и т.п., а ты - неблагодарный человек!"

Нина: Собственно говоря, она культивировала в тебе чувство вины. Этим удерживала. А если принять, что ты почувствовал себя брошенным отцом, - это ужасно! У ребенка невольно возникает вопрос, "в чем я провинился". Может быть я плохой, если отец ушел от меня? Я не знаю, задавал ли ты себе такой вопрос, но ты это как бы подспудно чувствовал. Это еще добавка к твоему чувству вины. А что делает человек, который чувствует себя виноватым? Он , с

одной стороны, и ведет себя так, чтобы как бы искупить свою вину, с другой стороны - от этого тяжелого чувства хочется как-то избавиться. А как избавиться от чувства вины? Надо сделать виноватым другого , который пытается возложить на тебя это чувство. И ты защищаешься тем, что нападаешь. Вот та сцена, что ты описывал, когда уходил к женщине на ночь. Ты, как положено сыну, который не хочет волновать свою мать, говоришь ей: вот я не буду дома ночевать. Что, интересно, ты дальше сказал: даже если она молчит, я чувствую себя виноватым, и что же ты делаешь после этого? Ты срываешься ни свет ни заря с теплой постели с женщиной и бежишь к матери, да? Вот интересно, когда ты прибежишь к матери, что ты скажешь: "Как я счастлив тебя видеть?" - ты такое выдаешь! Потому что это ведь она виновата, что пришлось к ней бежать. И что ты делаешь? - ты выливаешь свою агрессию на мать. Таким образом освобождаешься от чувства вины. Вы терзаете друг друга. Ты от Оксаны ушел? - Ушел. Ты от дедушки, от бабушки ... так и будешь от всех уходить, как колобок ... Что ты после этого сделал? Ты стал еще больше долбить свою мать. Ты виноват! Ты виноват в этом! Вы в этой связи, любя и обвиняя и ненавидя друг друга, - это же так тяжело! Вот так всю жизнь! В конце концов, когда она тебе говорит: "Мать есть мать, а сын есть сын", она же в тебе не сына культивирует. Сын - это то, что неизбежно вырастает и улетает из гнезда. Она не сына в тебе культивировала , а человека, который всю жизнь будет с ней, фактически она воспитала мужа. А ты, конечно, ты подигрываешь этому. Потому, что ты и относишься к ней, как к человеку, с которым ты должен прожить всю жизнь.

Терапевт: Хорошо, это мать! Но еще отец есть ... (К Сереже.) Кстати, а как ты относишься к алкоголю?

Сережа: Я практически не пью.

Терапевт: Вот это тоже интересная вещь!

Сережа: Иногда, когда приходится выпивать с друзьями шампанского, я потом даю себе зарок: "Я не буду пить!" Вот весь прошлый год с 1 января до 1 января я вообще не употреблял.

Зиновий: Ничего как отец делать не буду!

Сережа: Да!

Терапевт: Это называется отрицательной идентификацией, когда мальчик свое негативное отношение к отцу переносит на все, что с ним связано, например на алкоголь. Отец Сережи давал мало поводов для сильной идентификации с ним по сравнению с матерью. Мать сильная, директивная, волевая, лидер. Отец слабый, безвольный, пьющий, уклоняющийся. То есть отец

играет как бы женскую роль. Вот отсюда и идет эта слабая идентификация с отцом, с мужчиной. Нина с таким накалом говорила о матери, что может создаться впечатление, что действительно здесь виновата только мать. Не нужно забывать роль отца. Это две равноценные роли. Почему у матери такой мощный перенос на сына? Наверное, из-за каких-то проблем с мужем? Что здесь было первотолчком - мы же не знаем.

Нина: С моей точки зрения, отец здесь такая же жертва, как сын.

Терапевт: С твоей точки зрения.

Нина: Доказательства тому, что он попал в другую семью и он все-таки там другой.

Терапевт: Мы не знаем, какие там проблемы. По-твоему, Нина, муж - жертва, потому что жена нашла его такого.

Нина: Да!

Терапевт: А я с таким же успехом могу сказать, что он нашел себе такую жену. Они шли навстречу друг другу, а жертвой оказался сын!

Нина: Вообще, конечно, они вдвоем нашли друг друга.

Ренат: Отец ушел, а остался вакуум, который ...

Нина (перебивает) : Не ушел он! Не надо говорить, что он ушел. Активная роль принадлежит как бы отцу, на самом деле она всегда принадлежала матери.

Терапевт: Он ушел вначале в алкоголизм, а потом ушел вообще.

Нина: Его с самого начала не было.

Ренат: Этот вакуум мать могла заполнить чем угодно, она его заполнила сыном.

Валя: Если по-вашему, то мать могла уйти в первый год, а она девять лет с ним прожила, и значит, хотела как-то что-то изменить, но не получилось, он начал пить.

Наташа: Он был слабый мужчина, но он не обязательно должен быть алкоголиком.

Нина: Этого Сережа не знает. Он судит об отце по тому, как его представила ему мать. А мать говорила об отце плохо. Каким он был, мы не знаем.

Сережа: Для отца в общем бросить пить было легким делом.

Терапевт: Это абсолютно не принципиально - пил он литр или пол-литра в день. Проблема не в том, что он пьет. Это не причина, а следствие проблемы.

Нина: Да! Между прочим, то, что мы говорим о взаимоотношении матери и отца, что они нашли друг друга, что они как бы делят ответственность пополам, мы в конце концов то же самое можем перенести на взаимоотношения матерью с сыном. Может быть, и сын мог оказаться не столь податливым.

Терапевт: По поводу ответственности. У Перлза есть такая фраза, что до тех пор, пока мы, взрослые, будем обвинять в своих неудачах родителей, до тех пор мы будем оставаться детьми ... Надо прекратить эти обвинительные игры. Человек должен принять ответственность.

Нина (Сереже): Большой ты уже!

Валя: Как здорово сказано!

Терапевт: Эту фразу я берег для кульминации этого сеанса. Что теперь делать Сереже? Стать взрослым, ответственным

человеком. Маме - мамино, а Сереже - Сережино. Каждому свое!

ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ ПРИ ЗАВЕРШЕНИИ РАБОТЫ ГРУППЫ

Нина: Ты изменился за эти дни. Когда я увидела тебя впервые, ты производил на меня такое впечатление: большой красивый парень, и вместе с тем ребенок. Ты как будто бы повзрослел, стал увереннее, вальяжнее, в тебе появилось что-то мужское, как будто те же манеры, и вместе с тем что-то новое, более уверенное появилось в тебе.

Володя: Ты знаешь, Сережа, я должен благодарить тебя. Я не говорил об этом прежде ... Я тебе все это время очень сильно сопереживал. Дело в том ... что я тоже решал вместе с тобою мои проблемы. Я нашел много общего между нами Не все одинаково, но я много пережил, многое решил для себя именно благодаря тебе. И поэтому ты стал мне близок и особенно симпатичен теперь.

ЛЕКЦИЯ ЧЕТЫРНАДЦАТАЯ

МЕТОДЫ АУТОГЕННОЙ РЕЛАКСАЦИИ

Методе аутогенной (самостоятельно вызываемой пациентами) релаксации могут использоваться как дополнительные к основному психотерапевтическому методу (например, патогенетическому анализу, когнитивно-поведенческой терапии), как составляющие ряда экспозиционных техник (тина систематической десенситизации \Уо1ре) для уменьшения эмоционального напряжения и уровня страха у больных неврозами и другими эмоциональными нарушениями, а также в качестве самостоятельных методов преодоления и профилактики стрессовых состояний у относительно здоровых людей.

Под «релаксацией» понимается состояние бодрствования, характеризующегося пониженной психофизиологической активностью, которое ощущается либо во всем организме, либо в любой его данной системе (Дж. Эверли и Р. Розенфельд, 1985).

Наиболее часто используемыми методами аутогенной релаксации являются нервно-мышечная релаксация, медитация, аутогенная тренировка и различные формы биологической обратной связи.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РЕЛАКСАЦИОННЫХ МЕТОДОВ

Использование поведенческих аутогенных методов релаксации широко практиковалось в восточных культурах. Тем не менее на Западе эти методики стали изучаться и использоваться в клинике относительно недавно. Клиническое применение поведенческих релаксационных методик оказалось тесьма полочным при лечении чрезмерного стресса и его клинических проявлений. Овладение пациентом общими навыками релаксации имеет терапевтическое значение для лечения стрессовых состояний по нескольким очевидным причинам:

1. Практика релаксации может вызвать на определенное время «трофотропное состояние». Трофотропное состояние характеризуется общим понижением психофизиологической активности: его можно назвать гипометаболическим состоянием бодрствования. Это состояние общей релаксации опосредовано парасимпатической нервной системой. Такая глубокая релаксация

обладает терапевтическим эффектом вследствие того, что она, во-первых, является с физиологической точки зрения полной противоположностью симпатической стрессовой реакции, а во-вторых, по-видимому, способствует восстановлению психофизиологического функционирования организма.

2. Постоянное практическое применение (1—2 раза в день в течение нескольких месяцев) этих методов может способствовать возникновению пониженной активности лимбической и гипоталамической областей мозга. Этим можно объяснить то, что пациенты, занимающиеся релаксацией в течение нескольких месяцев, сообщают об уменьшении у них общей тревожности. Что является своего рода профилактической «антистрессовой» тенденцией. На клиническом уровне это означает снижение предрасположенности испытывать чрезмерное психологическое и физиологическое возбуждение в стрессовой ситуации.

3. Сообщается о сдвигах в структуре личности пациентов, практикующих релаксационные методы в течение продолжительного периода времени. Согласнее литературным данным, эти сдвиги направлены в сторону позитивного психического здоровья. Самыми заметными из этих изменений является смещение по направлению к внутреннему локусу контроля поведения, развитие более адекватной самооценки. Результаты исследований, на которых основаны эти положения, надо рассматривать как предварительные, тем не менее они имеют большое прикладное значение для психотерапии, а также вообще для охраны психического здоровья.

До последнего времени многие считали, что релаксационные методики представляют собой совершенно безопасную форму терапевтического воздействия. Однако с возрастанием популярности и широты применения этих методик были установлены меры предосторожности и ряд нежелательных побочных эффектов. Обобщив материалы научных исследований и клинических наблюдений, приводимых в литературе, Дж. Эверли и Р. Розенфельд (1985) описывают пять основных типов проявлений нежелательных побочных эффектов, которые могут возникнуть при обучении поведенческой релаксации:

\. Утрата контакта с реальностью. Этот тип нарушения характеризуется развитием острых галлюцинаторных состояний (как слуховых, так и зрительных) и бреда (обычно параноидного типа). Могут возникать также деперсонализация и необычные соматические ощущения. Поэтому обычно не рекомендуется использовать методики, вызывающие глубокую релаксацию у больных с аффективными психозами или с психозами с нарушениями мышления. Необходимо также уделять особое внимание больным, склонным к чрезмерному фантазированию. В этих случаях использование глубокой релаксации может обострить состояние.

2. Реакции на лекарственные препараты. Индуцирование у пациента трофотропного состояния может усилить действие любого препарата или другого химического вещества, которое он принимает. Особое внимание надо обращать на пациентов, принимающих инсулин, седативно-

снотворные или сердечно-сосудистые препараты. Во многих таких случаях систематическое применение релаксации может в конечном счете привести к устойчивому снижению доз принимаемых препаратов. В данном случае потенциирование действия лекарственного средства можно считать крайне желательным.

3. Паническое состояние. Панические реакции характеризуются высоким уровнем тревоги, связанной с ослаблением поведенческого контроля при релаксации, частичной утрате чувства безопасности, а в некоторых случаях и с появлением сексуально-окрашенных эмоций. С такими больными обычно желательно использовать более конкретный релаксационный метод (например, нервно-мышечную релаксацию или биообратную связь), нежели более абстрактный подход (такой, как медитация).

4. Преждевременное высвобождение вытесненных представлений. Нередко в состоянии сильной релаксации в сознание пациента проникают глубоко вытесненные мысли и эмоции. Хотя в некоторых психотерапевтических школах такие реакции рассматриваются как желательные, они могут быть восприняты пациентом как носящие деструктивный характер, будучи неожиданными или слишком интенсивными для того, чтобы конструктивно работать с ними на данном этапе терапевтического процесса. Прежде чем применять релаксационные методики, клиницист может проинформировать больного о возможности появления таких представлений. Врач также должен быть готов оказать помощь пациенту, если такие мысли появятся.

5. Возникновение чрезмерного трофотропного состояния. В некоторых случаях применение релаксационных методов в терапевтических целях может вызывать у пациента состояние чрезмерного снижения уровня психофизиологического функционирования. В результате этого могут наблюдаться следующие феномены:

А. Состояние временной гипотензии. Прежде чем применять релаксационные методики, клиницист должен знать цифры артериального давления больного в покое. Должны быть приняты меры предосторожности, если артериальное давление у пациента в состоянии покоя ниже чем 90/50 мм рт. ст. Головокружение и обморок можно предотвратить, если предложить больному открыть глаза, потянуться и оглядеть комнату при первых признаках головокружения. Необходимо также попросить его подождать 1—3 минуты, прежде чем вставать после сеанса релаксации;

Б. Состояние временной гипогликемии. Глубокая релаксация оказывает на некоторых людей инсулиноподобное действие и может вызвать у них гипогликемическое состояние, если больной предрасположен к реакции такого рода или если он не поел в этот день как следует. Это состояние будет продолжаться, по всей видимости, до тех пор, пока пациент не примет какую-либо пищу.

Поведенческие методы релаксации широко используются в клинике, по-видимому, вследствие их эффективности и кажущейся простоты применения. Хотя нежелательные побочные эффекты случаются редко, однако релаксационные методики и трофотропное состояние не являются абсолютно безопасными. Поэтому врач должен со всей ответственностью подходить к их применению. Это означает, что он должен быть осведомлен о мерах предосторожности и возможных нежелательных побочных эффектах.

НЕРВНО-МЫШЕЧНАЯ РЕЛАКСАЦИЯ

Под термином «нервно-мышечная релаксация» понимается процесс выполнения индивидом ряда упражнений, которые могут снизить нервную активность и сократительное напряжение поперечно-полосатой скелетной мускулатуры. Этот процесс включает изотонические и изометрические сокращения мышц, выполняемые пациентом согласно исходным инструкциям врача.

Из методов нервно-мышечной релаксации наибольшую популярность завоевала «прогрессивная мышечная релаксация Джекобсона».

Этот метод был разработан американским психофизиологом Эдмундом Джекобсоном в 1922 году. Занимаясь регистрацией объективных признаков эмоций, он заметил, что эмоциональному возбуждению соответствует мышечное напряжение. Причем выяснилось, что определенному типу эмоционального реагирования соответствует напряжение определенной группы мышц. Так, угнетенное настроение сопровождается напряжением дыхательной мускулатуры, а тревожное состояние и страх вызывают напряжение мышц губ, языка, глотки, гортани и затылочных мышц.

Система Джекобсона состоит из серии упражнений на напряжение и последующее расслабление определенных мышц и мышечных групп с целью достижения состояния глубокой релаксации. Джекобсон называет свой метод «прогрессивным» по следующим причинам: 1) субъект обучается в определенной последовательности выборочно ослаблять нервно-мышечное напряжение в конкретной мышце; 2) субъект напрягает и расслабляет определенные мышцы тела таким образом, что весь процесс прогрессирует от расслабления основных мышечных групп до расслабления всего тела; 3) при постоянных ежедневных занятиях у субъекта отмечается прогрессирующая тенденция к развитию «привычки отдыхать» — психологической установки, характеризующейся меньшей возбудимостью и подверженностью к стрессам.

Прогрессивная мышечная релаксация приобрела значительную известность, когда Иозеф Вольпе использовал метод Джекобсона в своем подходе к лечению фобий, получившем название

«систематической десенситизации». Этот лечебный подход стал классическим методом поведенческого вмешательства, который заключается в расслаблении человека до и во время предъявления ему иерархии провоцирующих тревогу раздражителей. Вольпе успешно использовал принцип, заключающийся в том, что индивид не может в одно и то же время испытывать тревогу и состояние расслабления, т. е. релаксация оказывает тормозящее воздействие на стрессовую реакцию (см. лекцию «Поведенческая терапия»).

Анализ исследовательской и клинической литературы по применению и эффективности нервно-мышечной релаксации (включая методику Джекоб-сона), проведенный Дж. Эверли и Р. Розенфельдом (1985), раскрывает широту применения этого метода при лечении разнообразных нарушений, связанных со стрессом. Более конкретно, нервно-мышечная релаксация оказалась эффективной при лечении: 1) нарушений сна: 2) эссенциальной гипертонии; 3) головных болей, связанных с мышечным напряжением; 4) субъективного чувства тревоги; 5) общего автономного возбуждения и чрезмерного эрготропного тонуса; 6) формировании более спокойной психологической установки, которая может стать профилактическим фактором, препятствующим развитию чрезмерного стрессового возбуждения.

ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОГРЕССИВНОЙ МЫШЕЧНОЙ РЕЛАКСАЦИИ

Здесь мы рассмотрим приводимый в учебном пособии А. П. Федорова (1987) убыстренный по сравнению с классической методикой Джекобсона вариант прогрессивной релаксации, применяемый в процедуре систематической десенситизации Дж. Вольпе. Этот вариант требует около 8—9 сеансов.

Методика Джекобсона предполагает: 1) выработку с помощью концентрации внимания способности улавливать чувство напряжения в мышцах, когда оно имеется, и чувство мышечного расслабления, а также снижение порога восприятия этих противоположных состояний мышц; 2) обучение произвольному расслаблению напряженных мышечных групп, даже если напряжение в них незначительно. Для облегчения решения этих задач все мышцы тела делятся на 16 групп. Для каждой из них имеется инструкция, помогающая добиться напряжения мышц данной группы.

1. Доминантная кисть и предплечье: максимально сожмите кулак.

2. Доминантное плечо: максимально надавите локтем на подлокотник, вызовите напряжение в двуглавой мышце плеча.

3. Недоминантная кисть и предплечье: см. выше.

4. Недоминантное плечо: см. выше.

5. Мышцы верхней трети лица: поднимите брови как можно выше.

6. Мышцы средней трети лица: сведите как можно сильнее глаза кнутри и максимально наморщите нос.

7. Мышцы нижней трети лица: максимально сожмите челюсти и отведите углы рта назад.

8. Мышцы шеи: наклоняйте подбородок к груди и в то же самое время препятствуйте этому, напрягая задние мышцы шеи.

9. Грудь, мышцы надплечий и спины: максимально соедините лопатки книзу и к середине.

10. Мышцы живота: напрягите максимально все мышцы брюшного пресса, как будто вас сейчас ударят в живот.

11. Доминантное бедро: максимально напрягите передние и задние мышцы бедра.

12. Доминантная голень: максимально подтяните на себя ступню и разогните большой палец ступни.

13. Доминантная ступня: согните ступню кнутри, одновременно согните пальцы ступни.

14. Недоминантное бедро: см. выше.

15. Недоминантная голень: см. выше.

16. Недоминантная ступня: см. выше.

Упражнения начинают с приобретения навыков различения состояний максимального напряжения и возникающего вслед за этим физиологического расслабления. Упражнения проводятся в удобном наклонном кресле, реже лежа на кушетке или на полу на матах. Положение тела должно быть таким, чтобы избежать напряжения отдельных мышечных групп, например мышц спины.

Психотерапевт начинает упражнения с 1-й мышечной группы. В течение 5—7 секунд пациент максимально напрягает мышцы, затем полностью их расслабляет и в течение 30 секунд сосредоточивает внимание на возникающем при этом расслаблении. В процессе занятий на напряжение— расслабление психотерапевт помогает пациенту сосредоточиться на этом ощущении, особенно при групповых занятиях. Например: «Сконцентрируйтесь на мышцах правого предплечья и кисти, максимально сожмите кулак... Заметьте, как напряглись мышцы и в каких мышцах существует напряжение... Теперь расслабьте мышцы, постарайтесь полностью расслабить мышцы... улавливайте, как они расслабляются все больше... сосредоточьтесь на приятном чувстве расслабления... Заметьте, как параллельно развивается успокоение».

Упражнение в одной группе мышц может быть повторено несколько раз, пока пациент не почувствует наступления полного расслабления. После этого переходят к следующей мышечной группе. В конце упражнения несколько минут можно посвятить достижению полного расслабления всего тела. После занятий врач отвечает на вопросы пациентов.

Для успешного овладения методикой пациент должен выполнить упражнения самостоятельно в течение дня дважды, затрачивая на каждое упражнение по 15—20 минут. Последние упражнения лучше проводить в постели перед сном.

По мере приобретения навыка в расслаблении мышечные группы укрупняются, сила напряжения в мышцах уменьшается, и постепенно все более используется метод воспоминаний. Пациент научается различать напряжение в мышцах, припоминая, как запечатлелось у него в памяти расслабление в этой группе мышц, и снимать его, сначала несколько усиливая напряжение в мышцах, а потом и не прибегая к дополнительному напряжению. Каждое укрупнение мышечных групп укорачивает длительность занятия.

Примерная схема проведения занятий по методике Джекобсона

ЙОГА

«Йога» — санскритское слово, означающее «соединение» или «связь».

Подразумевается связь человеческой природы с ее космическим источником. Исторически йога развилась в среде индуизма и буддизма и до некоторой степени под влиянием философии и практики этих религий. Но сама по себе йога не является религией, поскольку не связана с верой, ритуалами и священными писаниями. Она состоит из методов, которые были выработаны практикой йогов на протяжении тысячелетий. Эти методы можно взять из контекста и независимо описать и оценить с помощью современных научных инструментов.

Йогу можно рассматривать как специфическую разновидность психотерапии, психической саморегуляции, цель которой — достижение особого состояния психики посредством использования приемов, направленных на управление эмоционально-вегетативной сферой.

Существует много систем йоги. Проблема систематизации осложняется тенденцией современных учителей йоги создавать свои собственные системы и при этом фактически смешивать классические и современные методы. Классическая йога включает восемь ступеней, описанных Патанджали (II век до Р. Х.): 1) яма, 2) нияма, 3) асана, 4) пранаяма, 5) пратьяхара, 6) дхарана, 7) дхъяна, 8) самадхи.

Яма — это этические правила поведения, выполнение которых способствует «психическому очищению». Принципы ямы включают воздержание от зла ко всем живым созданиям, милосердие, правдивость, доверительность, неподкупность, нестяжательство, контроль над

чувствами и желаниями, половое воздержание, ограничение питания и др. Следование этим принципам является необходимым условием медитации. Считается, что по мере ужесточения воздержания увеличивается способность к психической саморегуляции.

Нияма — свод приемов, предназначенных для «внешнего очищения», нормальной деятельности внутренних органов. Это достигается с помощью очистительных процедур, умеренного питания. Развивая принцип воздержания, нияма рекомендует избегать излишних звуков, разговоров, производить только целесообразные движения, говорить мало, медленно и мягко, посредством чего устанавливается контроль над мыслями, ибо речь есть «рассеяние ума».

Следующие две ступени — асана и пранаяма — составляют так называемую хатха-йогу, целью которой является совершенствование тела, освобождение его от склонности к усталости и задержке тенденции к разрушению и старению. Согласно учению йогов, в организме человека постоянно циркулирует по меридианам-каналам энергия Прана, формой проявления которой является взаимодействие двух противоположностей: «Ха» (Индия) или «Ян» (Китай) — положительная сила, энергия Солнца -— и «Тха» (Индия) или «Инь.> (Китай) — отрицательная сила, энергия Луны. Задача хатхи-йоги состоит в гармонизации этих двух начал.

Асаны - это специальные позы, выполнение которых, согласно Патанджали, приводит к прекращению борьбы между Ян и Ин). С. А. Гуревич (1985) отмечает тройное воздействие асан на человека: физическое, психическое и, наконец, терапевтическое влияние на деятельность внутренних органов и желез внутренней секреции. Одна из целей асан — противостоять дискенетической активности гладкой мускулатуры, возникающей при стрессах. Приобретая способность неподвижно пребывать в одной из этих поз, человек улучшает свои возможности концентрации ума.

Пранаяма — управление жизненными энергиями (биоэнергетикой) посредством контроля дыхания. Связь между дыханием и психическим состоянием человека была замечена йогами в глубокой древности: при психическом напряжении отмечается задержка дыхания, облегчение сопровождается более или менее глубоким выдохом («вздох облегчения»). Правильное дыхание способствует ясности ума. Рамачарака (1915) считает неправильным ограничение пранаямы контролем дыхания Он пишет. что управление дыханием в различных дыхательных упражнениях служит для замедления метаболизма и освобождения некоторого количества жизненной энергии, обычно расходуемой на нужды тела. Однако это лишь опосредованный способ управления жизненными энергиями. Цель же состоит в полном овладении жизненной энергией, и эта цель достигается посредством различных йогических практик. Зрелые йоги демонстрируют свое умение останавливать сердце, не дышать по желанию; в прошлом некоторые йоги давали закапывать себя в землю на несколько дней.

Пратьяхара — это самоуглубление, отвлечение от чувств. Жизненная энергия отводится от органов чувств, и йог больше не отвлекается бесконечным потоком стимулов из внешнего мира. Запись биотоков мозга медитирующего йога показывает отсутствие реакции на внешние стимулы. Патанджали определяет самоуглубление как «возвращение чувств к первоначальной чистоте ума путем отвлечения от объектов». Вивекананда (1911) выделяет два этапа в освоении пратьяхары. Первый этап связан с «выключением чувств», для чего рекомендуется позволить уму блуждать, наблюдая за ним, пассивно следя за тем, о чем думается, не стараясь остановить мысль. По существу на этом этапе пратьяхара аналогична методу свободных ассоциаций. На втором этапе задачей является освобождение мыслей о теле, ощущение полного «растворения» тела: практикующийся представляет, как каждая часть тела от ног к голове «уходит в бесконечность».

Дхарана — внимание или удержание мысли на определенном предмете. умение сосредоточиться на каком-нибудь конкретном или абстрактном явлении, отделив от него все, что к нему не относится. Такое умение в известной мере можно назвать способностью первичного анализа и синтеза исследуемой вещи в ее связях. Познающий субъект и познаваемый объект еще строго различаются.

Дхъяна — медитация, размышление. Эта ступень качественно не отличается от дхараны. Разница между ними скорее количественная. То есть дхъяна — это дхарана, продолженная во времени, или способность дольше удерживать мысли на определенном предмете, способность проводить более глубокий анализ и синтез последнего. Познающий субъект и познаваемый объект как бы сближаются между собой.

Сознание мало-помалу отказывается от дуализма, свойственного нашему обычному мышлению, ведущему поиск истины через тезу и антитезу, отказывается от символических знаков и слов. Иначе говоря, мыслящий субъект перестает делить неделимое на твое и мое и как бы непосредственно приобщается к реальному бытию единого живого мира (С. Н. Жидков, 1991).

Самадхи — просветленность, освобождение. Это последняя, завершающая ступень йогического пути. Именно здесь достаточно длительное сосредоточение (медитативное размышление) внезапно приводит сознание к новому качеству, к способности видеть и проникать в суть вещей. При этом разом раскрывается смысл всего искомого, исчезают малейшие сомнения и неясности. Познающий субъект и познаваемый объект как бы полностью сливаются воедино, становясь тождеством вне времени и пространства.

Это состояние не поддается описанию, поскольку в поле сознания нет ничего, к чему могли бы относиться слова. В данном случае можно говорить о высвобождении реликтовых форм дологического мышления, которое непосредственно связано с «континуальным» (глубинным) потоком сознания. Этот вид сознания присутствует в нас, но остается закрытым логико-структурированным мышлением. Таким образом, просветление наступает тогда, когда человек

освобождается от привязанности к слову и знаку. Надо реализовать то состояние сознания, которое максимально благоприятствует непосредственному переживанию психологического опыта (вне словесной передачи). Необходимо «опустошить сознание» до полного отсутствия мыслей или образов для управления континуальным потоком сознания — такого сознания, которое открывается после снятия вербализации. Этим методом и является медитация (Абаев Н. В., 1989).

В самадхи человек полностью владеет своими физическими и психическими способностями. Достигший самадхи может произвольно изменять жизненные процессы тела, обмен веществ, понижать и повышать температуру, давление.

Йога является источником многих психотерапевтических приемов психической саморегуляции. Аутогенная тренировка И. Шульца в значительной степени основывается на практике йогов. Черты сходства и различия аутогенной тренировки и системы йогических упражнений Шульц подробно разбирает в своей работе «Высшая ступень аутогенной тренировки и раджа-йога» (1932). Поза «лежа» в аутогенной тренировке соответствует «шавасане», поза «кучера» — «садхасане» (позе «созерцания»). В последней позе подбородок приближается к груди, открывается рот, расслабляется мимическая мускулатура, язык слегка прижимается к небу, взгляд направлен слегка выше переносицы с одновременной конвергенцией глазных яблок. Это внутренне-верхнее положение глазных яблок является составным элементом гипноза. Деление аутогенной тренировки на первую и вторую ступени соответствует преемственности между хатха-йогой («йогой тела») и раджа-йогой («психологической йогой», включающей последние четыре ступени классической йоги).

В Индии физические упражнения хатха-йоги входят в комплексы гигиенической гимнастики и используются миллионами людей. Раджа-йога распространена главным образом в специальных учебных заведениях. Сложность и громоздкость системы йоги делают ее практически неприемлемой для массового применения. Трансцедентальная медитация, предложенная Махариши Махешем йогой, получившая широкое распространение в современном мире, устраняет отмеченный недостаток. Медитация применяется в дзен-психотерапии, а также в психотерапевтической технике «Морита» и «Наи-кан». Из других методов психической саморегуляции. Основанных на системе йоги, широко используется пранаяма, или контроль дыхания, а также шавасана — поза полного расслабления.

ШАВАСАНА

Шавасана представляет значительный интерес для психотерапии, поскольку считается, что расслабление в этой позе (асане) приблизительно в 5 раз глубже, чем в аутогенной тренировке. Упражнение имеет много модификаций ^.^'сь приводится два варианта шавасаны — простой и энергетический ((. А. Гуревич, 1985).

В шавасане человек лежит в свободной одежде на спине с ногами, раздвинутыми приблизительно на 30 градусов, и руками, отведенными от туловища на 1з градусов, с повернутыми предплечьями и полусогнутыми пальцами. Глаза закрыты. В этом положении осваиваются медленное ритмичное диафрагмального дыхание с короткой паузой после каждого вдоха и более продолжительной в конце выдоха. Внимание концентрируется на ощущениях в ноздрях: прохладе вдыхаемого и теплоте выдыхаемого воздуха, что помогает концентрации и, следовательно, большей мышечной релаксации, которая проводится путем последовательного расслабления мышц до ощущения тяжести. Длительность выполнения — приблизительно 30 минут. В процессе упражнения нрач проверяет степень релаксации, поднимая и опуская конечности.

Проведение ежедневных занятий шавасаной в течение трех недель приводит к субъективному и объективному улучшению самочувствия у всех занимавшихся, к снижению артериального давления, уменьшению частоты сердцебиений, улучшению сна, успокоению.

В практике психотерапевта целесообразно использовать иной, более сложный, но одновременно более аффективный вариант упражнения — «энергетический вариант», — усвоение которого распадается на три этапа: расслабление с помощью самовнушения: мыслительная работа с активными областями организма; расслабление с использованием «образа энергии».

Первая части упражнения близка к аутогенной тренировке: медленно, монотонно проговариваются (формулы самовнушения, что позволяет добиться мышечного расслабления. Формулы рекомендуется формировать в триады — законченные блоки из трех предложений: первое предназначено для переключения внимания (например, «Мое внимание на правой руке»), второе — динамическое самовнушение («Моя правая рука расслабляется»), третье — статическое состояние («Моя правая рука расслабилась»). Концентрации помогает представление потока внимания — «луча фонарика-прожектора», который «освещает» ту область тела, с которой начинается работа. Проговаривая, например, «Мое внимание на лице», человек представляет, будто луч фонарика освещает его лицо. В отличие от классической аутогенной тренировки, расслабление проводится снизу вверх, от ног к голове. Упражнение начинается и завершается формулой успокоения: «Я (мысленно представляется все тело) успокаиваюсь. Я спокоен». Затем следуют формулы релаксации, охватывающие по мере усвоения все большие группы мышц. Каждая формула произносится лежа в шавасане, мысленно, с полным сосредоточением на нужном участке тела, повторяется 3—4 раза с 3—4-секунд-ным промежутком. По мере усвоения упражнения из триады самовнушения удаляется динамическая часть («Такая-то часть тела расслабляется»), и формула звучит так: «Мое внимание на... Такая-то часть расслаблена». Полное выполнение первого этапа шавасаны занимает 30—40 минут.

По концепциям восточной медицины, в человеческом теле существуют области, которые являются «выключателями»: если на них сконцентрировать внимание, то расслабляются определенные группы поперечно-полосатой мускулатуры. Работа с активными областями — более высокая

ступень шавасаны. Здесь не требуются какие-либо фразы самовнушения, достаточно лишь направить на данную активную область внимание и потом представить, что эта зона становится мягче, «тает», «растворяется». Выделяют 16 основных зон и одну дополнительную: пальцы ног. лодыжки, колени, локти (дополнительная), область желудка, область сердца, плечи, горло, губы, кончик носа, точка между бровей, середина большого родничка головы, макушка черепа.

На расслабление каждой активной зоны по мере усвоения упражнения время все более уменьшается: в среднем оно составляет 15—20 секунд. После усвоения этого этапа можно перейти к третьей ступени шавасаны — к энергетическому расслаблению. Методика выполнения третьей части: находясь в шавасане, мысленно представляем, что энергия медленно поднимается от ног к голове и через точку между бровей («третий глаз») «выливается» наружу. Образ энергии рисуется по-разному: в виде волн тепла или холода, «мурашек» и т. п. Иногда в процессе упражнения возникает мелкое подергивание мышц, что считается явлением положительным: «энергия промывает тело». Длительность этой части расслабления в шавасане — около 3—4 минут.

В процессе выполнения расслабления возникает гипноидное состояние. Поэтому выход из шавасаны должен быть плавным: подтягивается носок правой ноги, далее подтягиваются оба носка, пятки при этом выдвигаются вперед. В дальнейшем руки сжимаются в замок и, медленно поднимаясь вверх, выворачиваются. Все тело тянется вслед за руками, и человек садится.

Шавасана приносит значительный эффект при многих психосоматических заболеваниях и неврозах, особенно протекающих с гипертоническим синдромом и диссомнией, быстро снимает психическое напряжение, тревожность, усталость, компенсирует недостаток сна (С. А. Гуревич, 1985). Абсолютных противопоказаний шавасана не имеет, но ею не следует заниматься более 45 минут из-за возникающей гипотонии.

Последовательное рассмотрение всех ступеней йоги отчетливо показывает тесную связь этого учения с психотерапией. Положительная оценка психотерапевтических аспектов йоги связывается в настоящее время с четким разграничением религиозно-мистического обрамления концепции народной медицины Востока и ее практических приемов. В последние годы появилось много научно-психотерапевтических исследований, посвященных этой проблеме. Задача заключается в том, чтобы критически осмыслить йогу, поставив ее наследие на службу практическим потребностям психотерапии.

КОНТРОЛЬ ДЫХАНИЯ («ПРАНАЯМА»)

Сознательный контроль дыхания (регуляция дыхательных движений) является, возможно, самым древним из известных методов борьбы со стрессом. Хатха-йога (йога специальных поз)

основывается на различных способах дыхания. Эти приемы называются «пранаяма», что означает контроль или сдерживание дыхания. Умение управлять своим дыханием развивалось не только в древней Индии как индуистская традиция, но использовалось и в Китае. Регулируемое дыхание стало основным компонентом такого «искусства дыхания», как Тай Ши и Кун Фу. Эти виды боевого искусства в наше время получили второе рождение в странах западной цивилизации. И в том и в другом контроль дыхания остается важном составной частью.

Существует три основных типа дыхания, имеющие значение при обучении произвольной регуляции дыхания: ключичное, грудное и диафрагмальное. Ключичное дыхание является самым коротким и поверхностным из всех трех. Его можно определить как легкое поднятие ключиц кверху вместе с небольшим расширением грудной клетки на вдохе.

Грудное дыхание представляет собой более глубокое дыхание — в том смысле, что вдыхается большее количество воздуха. Оно начинается с сокращения межреберных мышц, которые расширяют грудную клетку в направлении вверх и вширь. При грудном типе дыхания наблюдается большее расширение грудной клетки, за которым следует поднятие ключиц на вдохе. Грудное дыхание представляет собой наиболее часто встречающийся тип дыхания. Наконец, диафрагмальное дыхание является самым глубоким из всех типов дыхания. При таком дыхании впервые наполняются воздухом нижние отделы легких. Движение диафрагмы является основной причиной глубокого вдоха при диафрагмальном дыхании. А. С. Залманов очень образно описывал роль диафрагмы при форсированном дыхании по системе йогов, «которая опускается как совершенный нагнетательный насос, сжимая печень, селезенку, кишки, желудок, оживляя все портальное и брюшное кровообращение. Диафрагма «опорожняет» венозную систему живота и «проталкивает» кровь к грудной клетке. Это второе, венозное сердце».

Хотя и литературе (особенно по йоге) представлены многочисленные и разнообразные дыхательные релаксационные методы, однако одними из самых эффективных методов достижения у пациента психофизиологического состояния релаксации являются варианты диафрагмального дыхания, которым к тому же легче всего научиться.

Специфические механизмы, ответственные за снижение стресса, при ре-1уля11ии дыхания могут различаться в зависимости от конкретной методики, однако их общим терапевтическим действием считается способность диа-фрагмальиоги дыхания вызывать временное трофотропное состояние.

Произвольная регуляция дыхания — наиболее гибкий метод среди способен имешательстна, направленного на уменьшение чрезмерного стресса. Гго можно использовать при самых разнообразных обстоятельствах, вызванных как условиями окружающей среды, так и поведенческими факторами. Это не означает, однако, что метод сознательного контроля дыхания можно применять без каких-либо предосторожностей. Основное предостережение к

использованию произвольной регуляции дыхания связано с довольно редкой возможностью развития гипервентиляции. Гипервентиляцию можно просто определить как условия, в которых пациент «слишком сильно дышит». Такое избыточное дыхание может быстро вызвать состояние гипокапнии (пониженный уровень углекислоты в крови), приводящее к излишку бикарбонатных ионов и к нехватке ионов водорода. При этом могут возникнуть следующие симптомы: сильное сердцебиение, тахикардия, феномен Рейно, сужение поля зрения, головокружение, большие судорожные припадки, одышка, боли в груди, покалывание губ, пальцев рук и ног, боли в эпигастральной области, тетания, тревога, слабость и потеря сознания. Многие из этих симптомов могут появиться по прошествии нескольких минут непрерывной гипервентиляции. Головокружение и покашливание являются самыми ранними сигналами, предупреждающими о том, что у пациента развивается гипервентиляция.

Ниже приведены три упражнения на диафрагмальное дыхание, которые могут быть эффективно использованы для вызывания более глубокого состояния расслабления. При обучении любому из способов диафрагмального дыхания терапевт должен постоянно следить за этим процессом, чтобы быть уверенным в правильности выполнения упражнения пациентом.

Дыхательное упражнение № 1. Этот метод дыхания описывается в литературе по йоге под названием «полное дыхание». Метод чрезвычайно прост для выполнения. Для того чтобы помочь терапевту обучать этому упражнению, оно излагается в соответствии с четырьмя фазами дыхания.

Вдох. Вдох по возможности должен начинаться через нос. Предпочтение отдается дыханию через нос, а не через рот из-за способности носовых ходов к фильтрации и обогреву поступающего воздуха. На вдохе живот выпячивается вперед, затем расширяется грудная клетка. Продолжительность вдоха должна составлять 2—3 сек.

Пауза после вдоха. Паузы быть не должно. Вдох должен плавно переходить в начало выдоха.

Выдох. Воздух выдыхается (через рот или через нос, как удобнее). Продолжительность выдоха должна составлять 2—3 сек.

Пауза после выдоха. Эта пауза должна продолжаться только 1 сек., и затем вновь начинается плавный вдох.

Дыхательное упражнение № 2. Это дыхательное упражнение является разновидностью метода «подсчета дыхания», различные варианты которого описываются в литературе по йоге. Упражнение излагается в соответствии с четырьмя фазами дыхания.

Вдох. Вдох по возможности должен начинаться через нос. Живот начинает выпячиваться вперед, затем расширяется грудная клетка. Продолжительность вдоха должна составлять 2 сек. Продолжительность вдоха должна подсчитываться про себя, например одна тысяча, две тысячи и т. д.

Пауза после вдоха. Здесь после двухсекундного вдоха следует сделать паузу. Ее продолжительность должна равняться 1 сек.

Выдох. На этой стадии воздух выдыхается. После чего плавно должен последовать вдох. При появлении головокружения больного просят прекратить упражнение.

Дыхательное упражнение № 3. Этот метод, разработанный Дж. Эверли (1985), предназначен для ускоренного вызывания (30—60 сек.) состояния релаксации. Исследования показали, что он эффективно снижает мышечное напряжение и субъективное ощущение тревоги, а также обладает некоторым потенциалом для снижения частоты сердечных сокращений. Следующее описание представлено в форме инструкции, даваемой пациенту.

Обычно в течение дня многие из нас оказываются в ситуациях, вызывающих чувство тревоги. В таких ситуациях у нас возрастает частота сердечных сокращений, расстраивается работа желудка и наши мысли начинают бесконтрольно блуждать. Именно при таких непродолжительных состояниях мы нуждаемся в быстродействующем способе облегчения наших стрессовых реакций. Описанное ниже короткое упражнение хорошо зарекомендовало себя в плане снижения уровня стрессовой реакции, которую мы испытываем при воздействии интенсивных стрессоров, в сущности оно представляет собой быстрый способ «успокоиться» в стрессовой ситуации.

Основным механизмом снижения стресса посредством этого упражнения является глубокое дыхание.

Этап 1. Займите удобное положение. Положите левую руку (ладонью вниз) на живот, точнее — на пупок. Теперь положите правую руку так, чтобы вам было удобно, на левую. Глаза могут оставаться открытыми. Однако с закрытыми глазами будет легче выполнять второй этап упражнения.

Этап 2. Представьте себе пустую бутылку или мешок, находящийся внутри вас — там, где лежат ваши руки. На вдохе представляйте себе, что воздух входит через нос, идет вниз и наполняет этот внутренний мешок. По мере заполнения мешка воздухом ваши руки будут подниматься.

Продолжая вдох, представляйте, что мешок целиком заполняется воздухом. Волнообразное движение, начавшееся в области живота, продолжится в средней и верхней частях грудной клетки. Полная продолжительность вдоха для первой и второй недели занятий должна составлять 2 сек., затем, по мере совершенствования навыка, ее можно увеличить до 2,5—3 сек.

Этап 3. Задержите дыхание. Сохраняйте воздух внутри мешка. Повторяйте про себя фразу: «Мое тело спокойно». Этот этап не должен продолжаться более 2 сек.

Этап 4. Медленно начните выдыхать — опустошать мешок. По мере того как вы делаете это, повторяйте про себя фразу: «Мое тело спокойно». С выдохом ощущайте, как опускаются приподнятые ранее живот и грудная клетка. Продолжительность этого этапа не должна быть меньше продолжительности двух предыдущих этапов или, спустя \—2 недели занятий, на 1 сек. дольше. (Примечание: этап 1 необходим только в течение примерно первой недели, пока вы обучаетесь глубокому дыханию. Когда вы овладеете этим навыком, то сможете его пропускать). Только повторите это четырехступенчатое упражнение подряд 3—") раз. Если у вас появится головокружение, остановитесь. Если при последующих занятиях головокружение возобновится, просто сократите продолжительность вдоха и (или) число выполняемых подряд четырехступенчатых циклов.

Делайте это упражнение ежедневно 10—20 раз. Превратите его в ваш утренний, дневной и вечерний ритуал, а также используйте его в стрессовых ситуациях. Поскольку этот вариант релаксации носит характер навыка, важно практиковать его по меньшей мере 10—20 раз в день. Поначалу вы можете не заметить никакой немедленной релаксации. Однако после \—2 недель регулярных занятий вы будете способны на время расслабляться «моментально». Помните, что, если вы хотите овладеть этим навыком, вы должны заниматься систематически. Регулярное последовательное выполнение этих ежедневных упражнений в конечном счете сформирует у вас более спокойное и мягкое отношение, своего рода антистрессовую установку, и когда у вас будут возникать стрессовые эпизоды, то они будут гораздо менее интенсивными.

ЛЕКЦИЯ ПЯТНАДЦАТАЯ ЛЕКЦИЯ   ПЯТНАДЦАТАЯ

МЕТОДЫ АУТОГЕННОЙ РЕЛАКСАЦИИ (продолжение)

ТРАНСЦЕНДЕНТАЛЬНАЯ МЕДИТАЦИЯ

По восточным преданиям, медитация представляет собой процесс, посредством которого достигается «просветление». Это процесс роста, дающий человеку новый опыт в интеллектуальной, философской и, что важнее всего, в экзистенциальной сфере. В контексте данной лекции мы будем, вслед за Дж. Эверли и Р. Розенфельдом (1985), употреблять термин «медитация» для обозначения методики аутогенного типа, обладающей потенциалом для индуцирования у занимающегося ею трофотропного состояния путем концентрации внимания на объекте, предназначенном для сосредоточения. При высоком уровне овладения этими методиками возможно достижение психического состояния, характеризующегося неэгоцентрическим и интуитивным типом мыслительного процесса.

Форма медитативной практики, широко распространившаяся в странах западной цивилизации в последние десятилетия, представляет собой западный вариант индуистской традиции. Она была завезена в Соединенные Штаты в 60-х годах Maharishi Mahesh Jogi и получила название «трансцедентальной медитации» (ТМ).

Классификация медитативных методов

Поскольку медитация — это всякое сосредоточение мысли, всякая концентрация внимания на чем бы то ни было, то медитативные методы можно классифицировать в соответствии с природой объекта сосредоточения.

1. Медитация на мантрах. В этом случае объектом для сосредоточения является «мантра» — слово или фраза, многократно повторяемая, обычно про себя.

В религиозной медитации в качестве мантр используются короткие молитвы, например, так называемая «великая мантра» («махамантра») кришнаитов («Харе Кришна, харе Рама»), или Иисусова молитва у православных христиан. Повторение стихотворных отрывков и текстов народных песен также можно рассматривать как вид мантры. В методике ТМ мантра выбирается из нескольких санскритских слов, чаще других используется мантра «ом».

2. Медитация на янтрах (зрительная концентрация). Здесь объектом для концентрации является зрительный образ. В восточных культурах часто используются «янтры» — геометрические фигуры, предназначенные для медитации, например, «мандала» — квадрат внутри круга, — символизирующая единство человека и вселенной.

3. Сосредоточение на физических действиях. Этот объект для концентрации связан с фокусировкой внимания на каком-либо физическом действии. Сюда относятся, прежде всего, уже знакомые нам приемы пранаямы — сосредоточивание на повторяющихся дыхательных движениях. Некоторые народы Востока используют в практике продолжительные хороводные танцы с повторяющимися движениями. Исполнители этих танцев называются «танцующими дервишами». Медитативные переживания могут возникать при длительном беге трусцой. Причиной этого может быть устанавливающееся во время бега регулярное дыхание или однообразные звуки от соприкосновения ног с землей.

4. Решение парадоксальной задачи. Классическим примером являются дзеновские «коаны» (см. ниже). В этом случае для размышления дается парадоксальная на вид задача, например: «Как звучит хлопок одной ладони?»

Механизмы действия

Точный механизм действия медитационных методик не известен. Тем не менее достаточно глубокое понимание этой проблемы было достигнуто посредством изучения общего звена, присущего всем формам медитации, — i объекта, предназначенного для концентрации внимания.

По мнению многих исследователей, роль объекта для концентрации заключается в том, чтобы дать возможность интуитивному, неэгоцентриче-i скому типу мышления (который соотносится с активностью неокортекса правого полушария) занять доминирующее место — место, которое обычно занимает аналитический эгоцентрический тип мышления (соотносимый с активностью левого полушария). Объект для концентрации обеспечивает возможность такого сдвига путем монополизации нервной активности левого полушария, что позволяет правому полушарию стать доминантным i (Дж. Эверли, Р. Розенфельд, 1985). Объект для концентрации может ' монополизировать активность левого полушария, вовлекая его в какую-j либо монотонную деятельность (например, сосредоточение на мантре, дыха-| нии или на определенных позах). Кроме этого, объект для концентрации

может приводить к состоянию перегруженности и фрустрации левого полушария. Это происходит в том случае, когда медитирующий размышляет над внешне парадоксальной проблемой (как в дзен) или когда он занят интенсивной физической деятельностью, как это практикуется «танцующими дервишами» или, возможно, энтузиастами бега трусцой. Когда рациональный (аналитический) ум затихает, тогда интуитивный путь приводит к «исключительному познанию». Это состояние на Востоке называется нирваной или сатори. На Западе это состояние называют также сверхсознанием или космическим сознанием.

Медитационный континуум

Пациент должен понять, что медитация представляет собой процесс достижения желаемой цели — состояния сверхсознания. Однако необходимо помнить, что это состояние достигается не каждый раз даже человеком с большим опытом медитации. Тем не менее положительный терапевтический эффект может быть получен без достижения конечного состояния сверхсознания.

Дж. Эверли и Р. Розенфельд (1985) размещают все типичные переживания пациентов в процессе медитации вдоль оси, названной ими «медитаци-онным континуумом». Этот континуум не носит характера постепенного движения от одного дискретного состояния к другому. Медитирующий может перескочить от одного состояния к другому и обратно. С другой стороны, переживания в рамках каждого из состояний могут варьировать по степени глубины.

Релаксация — важная веха на пути к сверхсознанию. На этом этапе пациент самостоятельно вызывает у себя трофотропное состояние релаксации. Это состояние обладает терапевтическим эффектом вследствие того, что, во-первых, оно близко ко сну по своему восстановительному потенциалу или превосходит его, во-вторых, снижается аффективная проприоцептивная импульсация, вызванная эрготропной стимуляцией.

Следующая важная веха на пути к сверхсознанию — отстраненное наблюдение. В литературе по йоге это описывается как состояние, при котором медитирующий просто «сосуществует» с окружением, а не противостоит ему, пытаясь подчинить себе. Это неаналитическое, интуитивное состояние.

Последней ступенью медитативного опыта является состояние сверхсознания. Это состояние, по-видимому, включает в себя все предыдущие состояния, отличаясь, однако, большей интенсивностью переживания. Davidson (цит. по Дж. Эверли и Р. Розенфельду, 1985) характеризует его природу следующим образом:

1. Хорошее настроение, спокойствие, умиротворенность.

2. Ощущение единства с окружением: то, что древние называли союзом микрокосма (человека) с макрокосмом (вселенная).

3. Непередаваемость ощущений.

4. Изменение пространственно-временных соотношений.

5. Обострившееся восприятие реальности и смысла окружающего.

6. Парадоксальность, т. е. принятие вещей, которые кажутся парадоксальными обыденному сознанию.

Компоненты медитации

Дж. Эверли и Р. Розенфельд (1985) описывают пять условий, способствующих успешной медитации: 1) спокойное окружение; 2) удобная поза; У) наличие объекта концентрации; 4) пассивная установка; 5) психофизиологическая восприимчивость окружающей среды.

Первое условие — спокойное окружение — это отсутствие внешних стимулов, могущих помешать медитационному процессу. Можно использовать 'какую-либо музыку или имитационные записи для «маскировки» отвлекающих моментов. В лабораторных экспериментах авторы обнаружили, что ровное гудение вентилятора или кондиционера представляет собой эффективный маскирующий шум. Ровный шум низкой или умеренной силы оказывает релаксирующее воздействие.

Второе условие — удобная поза. Мышечное напряжение может мешать процессу медитации. В начале обучения пациент должен находиться в таком положении, когда большая часть веса его

тела имеет опору. Важным исключением является голова и шея. Если держать спину выпрямленной, а голову и шею без опоры, то это поддерживает мышечное напряжение, достаточное для того, чтобы предотвратить засыпание пациента. Если больной все же засыпает во время медитации, необходимо использовать позу, требующую большего мышечного напряжения.

Третьим условием является наличие объекта концентрации. Этот компонент представляет собой связующее звено между всеми формами медитации, как упоминалось выше. Объект для сосредоточения, по-видимому, дает возможность мозгу изменить свой обычный способ функционирования.

Четвертым условием является пассивная установка. Это, возможно, самое важное условие успешной медитации. Имея такую установку, пациент «позволяет» возникнуть медитативному процессу вместо того, чтобы стремиться контролировать его. Пациент начнет побеждать, лишь прекратив свое сопротивление и позволив процессу развиться. Если пациент не способен принять такую установку, то он будет задавать вопросы такого рода: «Правильно ли я это делаю?», «Что является показателем хорошего освоения?» и т. п. Чем больше пациент размышляет над такими вопросами, тем менее успешной будет его деятельность. Отвлекающие мысли являются совершенно нормальным компонентом медитационного процесса, и их появления следует ожидать. Однако принятие пассивной установки позволит пациенту распознавать отвлекающие мысли и просто возвращать внимание на объект концентрации.

Пятым условием является психофизиологическая восприимчивость окружающей среды. Под этим авторы понимают ряд внутренних психофизиологических условий, наличие которых дает возможность пациенту медитировать. Попытки медитации у больных с высоким уровнем психофизиологического возбуждения бывают крайне неэффективны. Поэтому авторы сочли необходимым обучить пациентов приводить себя в более восприимчивое состояние для медитации. Для достижения этого состояния пациент может использовать несколько приемов нервно-мышечной релаксации для уменьшения избыточного мышечного напряжения. Рекомендуется также принять горячую ванну перед медитацией. В некоторых случаях пациенты сообщали о достижении хорошего успеха в медитации, когда они медитировали, сидя в горячей ванне.

Достаточно заниматься один или два раза в день; продолжительность каждого сеанса 15—20 минут. Лучшее время для медитации — перед вторым завтраком или до обеда, но и утренние занятия могут дать заряд бодрости на весь последующий день.

Использование методики «ом»: инструкция

Сядьте в удобное кресло с прямой спинкой, ступни на полу, ноги не перекрещены, руки покоятся на бедрах, ладони полуоткрыты, пальцы рук не сцеплены, вы должны сидеть спокойно, но помните, что медитация — это не транс. Если в процессе сеанса испытываете неудобство — подвигайтесь. Если вас беспокоит, который час, взгляните на часы. Чувство дискомфорта или тревоги помешает вам достичь состояния полного расслабления. Не следует принимать жесткую неподвижную позу. Расслабьтесь. Чтобы не заснуть, не давайте опоры голове — держите голову, шею и спину по одной вертикальной линии. Для поддержания такой позы необходимо незначительное мышечное напряжение, достаточное в то же время для того, чтобы не заснуть, и создающее оптимальную позу для обучения медитации.

Основа медитации включает пассивную концентрацию на некоторых стимулах, будь то слово, образ, собственное дыхание. Такой раздражитель действует как средство, очищающее вашу голову от мыслей. Однако чем сильнее вы сосредоточиваетесь на стимуле, тем труднее медитировать Хотя это утверждение кажется парадоксальным, оно тем не менее верно вследствие того, что медитация представляет собой «пассивную активность». Вы должны позволить себе пассивно взаимодействовать с раздражителем, каким бы он ни был. Вы должны научиться пассивно сосредоточиваться на стимуле. Искусство пассивной концентрации требует времени для своего развития, поэтому не надо отчаиваться, если вам будет трудно в течение первых нескольких недель. Просто продолжайте заниматься.

Универсальной мантрой является слово «ом». Каждый раз, когда вы выдыхаете, произносите слово «ом». Дышите спокойно, как вы дышите обычно. Повторяйте мантру в уме, просто произносите ее мысленно. Не надо двигать губами. Просто подумайте о ней. Дайте мантре самой повторяться в вашем уме. Не прилагайте к этому усилий. Просто пусть она как бы «переливается». Постепенно мантра начнет стираться в вашем уме. Рассудок станет спокойным. Время от времени это спокойствие может нарушаться отрывочными мыслями. Дайте им пройти. Ощутите их, потом снова возвратитесь к мантре, дав им уйти из вашего ума.

Переход к бодрствованию

Сейчас я хочу вернуть вам внимание к себе и к окружающему миру. Я буду считать от 1 до 10. С каждым счетом вы будете чувствовать, что ваш разум все более и более пробуждается, а ваше тело становится все более освеженным. Когда я досчитаю до 10, вы откроете глаза и ощутите себя лучше, чем когда бы то ни было сегодня, вы почувствуете себя бодрым, освежившимся, полным энергии и готовым к возобновлению вашей деятельности. Итак, начнем: 1—2 — вы начинаете чувствовать себя бодрее; 3— 4—5 — вы все более и более пробуждаетесь; 6—7 — теперь пошевелите ступнями и кистями; 8 — пошевелите руками и ногами; 9—10 — сейчас откройте глаза! Вы чувствуете себя бодрым, пробудившимся, ваш ум ясен, и тело освежилось.

ДЗЕН-БУДДИЗМ

Дзен — не религия и не философия, это образ жизни, обеспечивающий человеку гармонию с самим собой и с окружающим миром, избавляющий от страха и других тягостных переживаний, ведущий к свободе и полной духовной самореализации (Т. Д. Судзуки, 1960). В связи с этим трудно переоценить психотерапевтическое значение дзен. На Западе широкое распространение знаний о дзен-буддизме начинается после Второй мировой войны. Парадоксальные задачи дзен («коаны»), предназначенные для обучения, сбивали с толку и интриговали западных исследователей. Цель этих задач — приведение концептуального мышления в тупик, вызывание такого состояния сознания, при котором обучающийся непосредственно воспринимает свою собственную сущностную природу. В то время как такая цель чужда западным философским системам, она полностью согласуется с принципами раннего буддизма.

Буддизм происходит из учения индийского мудреца Гаутамы Сиддхарты. В результате глубокой и длительной медитации Гаутама стал Буддой («Просветленным»): он пережил глубокую внутреннюю трансформацию, все его мироощущение изменилось. Изменился его подход к вопросам болезни, старости и страдания, поскольку изменился он сам. Будда никогда не претендовал на бытие большее, чем человек. Он развил себя до полного зрелого человеческого существа, что представляется столь редким и выглядит сверхчеловеческим или боговдохновенным. Но центральное представление буддизма состоит в том, что каждый человек обладает природой Будды: потенцией превращаться в Будду, способностью развиться в совершенное человеческое существо.

Будда учил, что человеку присущи страдание и неудовлетворенность, что все феномены находятся в процессе постоянного изменения и никто не обладает перманентным «Я». Игнорируя эти «признаки бытия», человек тщетно цепляется за преходящие феномены, что и является причиной страд-вания. Мудрость заключается в отказе от привязанностей в результате ясного восприятия, что приводит к прекращению страдания. Будда учил «Благородному восьмиричному пути», следование которому приводит к желаемой цели. Этот путь состоит из: 1) «правильных взглядов (воззрений)», 2) «правильных намерений», У) «правильных слов» («истинная речь»), 4) «правильных дел», 5) «правильной жизни», 6) «правильных усилий», 7) «правильной пвамяти», 8) «правильного созерцания» («правильная медитация»). Дзен сосредоточивает свое внимание на последнем пункте «пути» — правильной медитации.

В буддизме существует две основные традиции: хинаяна и махаяна. Дзен — одна из больших сект махаяны, основанная в Китае в VI веке н. э. Бодхидхармой — индийским буддистским монахом. В XI—XII вв. японские буддисты отправлялись в Китай изучать дзен. Возвращаясь в Японию, они основывали монастыри, обучали учеников и распространяли дзен (кит. — «чань») в Японии.

Хинаяна и махаяна различаются в представлении о природе идеального человека. Идеал хинаяны — архат — человек, полностью освободившийся от привязанностей к семье, собственности, удобствам, чтобы стать совершенно свободным от мира. Архат аскетичен и равнодушен ко всему мирскому; благодаря интенсивной духовной дисциплине он победил врага — свои страсти. Идеал махаяны — бодхисаттва — глубоко страдающее существо, решившее оставаться в мире, пока все остальные не будут избавлены от страданий. Бодхисаттва постигает, что он — часть всех остальных чувствующих существ и, что пока все существа не освобождены от страданий, сам он не может обрести полного удовлетворения. Бодхисаттва дает обет не входить в нирвану, пока все чувствующие существа, вплоть до последнего стебелька, не будут просветлены.

Сострадание — великая добродетель бодхисаттвы, результат ощущения страданий всех других как своих собственных. С точки зрения махаяны это и есть просветление. В опыте просветления преодолевается не мир, а эгоистическое «Я». Путь бодхисаттвы подразумевает отказ от мира, но не от существ в мире. Эти два идеала скорее дополняют друг друга, чем противоречат друг другу. Понятие «архата» центрируется на самодисциплине и на работе над собой; идеал бодхисаттвы подчеркивает служение другим — и то и другое необходимо для духовного развития (Дж. Фей-димен, Р. Фрейгер).

Дзен-буддизм возник как синтез индийского буддизма и распространенного в Китае даосизма. Основным принципом даосизма и дзен-буддизма является принцип невозможности выразить высшую истину в словах и знаках и постичь ее в рамках дискурсивно-логического мышления. Истинная реальность не может быть адекватно выражена и описана какими-либо лингвистическими средствами. Просветление, т. е. постижение истинной сущности вещей и явлений, наступает тогда, когда человек освобождается от привязанности к слову и знаку. Поскольку слова не могут адекватно отразить истинную реальность, то для ее достижения рекомендуется вернуться к целостному, нерасчлененному источнику опыта, который обнаруживается в глубинных слоях психики, не затронутых вербализацией (Н. А. Абаев, 1989). Состояние сознания, которое максимально благоприятствует непосредственному переживанию психологического опыта, с помощью которого можно идентифицировать себя с истинной реальностью, можно реализовать методом буддийской практики психической саморегуляции — медитации.

Традиционная практика дзен связана с «медитацией сидя» (дза-дзен). Существует две разновидности практики дза-дзен: размышление над коаном (школа Риндзай) и простое сидение с концентрированным сознаванием без вспомогательных средств (школа Сото).

Коан — диалог между учеником и мастером дзен. Парадоксальные и нелогичные ответы заставляют вопрошающего выйти за рамки дискурсив-но-логического мышления, погасить эгоцентрическое индивидуальное «Я». Один из знаменитых коанов называется «Му». Ученик спрашивает учителя: «Обладает ли собака природой Будды?» Учитель парирует: «Му!» Ответ учителя может быть переведен как «Ничто!» или его можно понимать как простое восклицание. Ученик всерьез обдумывает буддийское учение о том, что все чувствующие существа обладают

природой Будды. В Китае того времени собака считалась низшим из животных, нечистым зверем, и ученик спрашивает, неужели такое низкое создание тоже обладает природой Будды. Учитель не попадает в ловушку — принятие предположения вопрошающего, что существует такая определенная вещь, как «природа Будды», которой можно обладать. «Му» — это решительный отказ от дискурсивно-логического, дуалистического мышления, основанного на расчленении целого на части, противопоставлении их друг другу, в результате чего разрушается гармоничное единство и целостность бытия. Размышляя над этим коаном, ученик не должен пускаться в интеллектуальные спекуляции о вопросе, ответе и их связях. Цель коана — привести ученика к видению собственного невежества, побудить его пойти дальше абстрактных рассуждений, искать истину в самом себе.

В дзенской школе ученикам объясняют, что наиболее важный аспект обучения связан с их повседневной жизнью; ученики должны научиться разрешать свой личный коан. Личный коан не имеет окончательного разрешения. Проблема может быть разрешена только изменением себя. Меняется не проблема, а отношение к ней человека. Гаутама начал свой путь в надежде разрешить коан болезни, старости и смерти. Однако даже после того, как он стал Буддой, проблемы остались неизменными. Будда не стал бессмертным или лишенным возраста, но его понимание возвысилось над его прежней озабоченностью этими проблемами.

Подход к медитации в школе Сото называется «просто сидением», без размышления над коаном или другого упражнения для ума. Медитирующий стремится поддерживать состояние концентрированного сознания без напряжения или расслабления, но сохраняя бдительность. Это похоже на сидение у дороги и слежение за дорожным движением. Медитирующий наблюдает проходящие мысли, не вовлекаясь в них.

Техника медитации дза-дзен

Техника медитации дза-дзен как один из методов психической саморегуляции, широко практикуется в настоящее время на Западе. Она состоит в следующем. Прежде всего необходимо соблюдать правильную позу. Нужно сидеть удобно, с выпрямленой спиной, не напрягаясь. Под выпрямленой спиной дзенские учителя имеют в виду, что позвоночник естественно изгибается немного ниже середины спины. Попытка сидеть «прямо» в буквальном смысле слова только исказит естественную кривизну позвоночника и создаст неудобство и напряжение. Можно сидеть с выпрямленной спиной на стуле. Нижняя часть ног должна быть под прямым углом к полу и к верхней части ног.

При сидении на полу используют небольшую жесткую подушку, чтобы поднять ягодицы. При этом садятся на край подушки, так что на нее опирается конец позвоночника и ничто не давит на бедра и не препятствует кровообращению. Можно принять позу «лотос» (ступня каждой ноги располагается на противоположном бедре) или «полулотос» (только левая ступня на правом бедре). Для длинноногих рекомендуется сидеть в бирманском стиле: левая ступня заложена под соединение между правым бедром и тазом, а правая нога лежит выпрямленной параллельно левой; обе ноги плоско лежат на полу.

Голова должна быть выпрямлена, не наклоняясь ни назад, ни вперед, почти невесомой. Руки кладут на колени, левую на правую, так чтобы большие пальцы слегка соприкасались. Рекомендуется сесть лицом к стене, на расстоянии приблизительно 2—3 метра, чтобы было удобно фокусироваться на ней, при этом глаза не закрываются полностью.

Другим важным моментом практики дза-дзен является правильное дыхание. Спокойное дыхание вызывает спокойное состояние ума. Во время дза-дзен дыхание осуществляется за счет брюшных мышц и диафрагмы. Медленный, задержанный выдох производится за счет сокращения диафрагмы, так что она противодействует движению брюшных мышц, которые стараются вытолкнуть воздух из легких. Это противодействие порождает в брюшной мускулатуре состояние напряженности, и поддерживание этого состояния представляется крайне важным в практике дза-дзен. Все другие части тела неподвижны, в действии находятся только брюшные мускулы. Их действие становится важной частью механизма, поддерживающего сосредоточенность и бдительность ума. Нижняя часть живота на Востоке называется танден. Здесь концентрируется духовная сила человека. Правильная поза обеспечивает сосредоточение на этой части веса всего тела, что создает в ней сильное напряжение. Специальное дыхание тоже усиливает это напряжение. Стимулы из тандена способствуют поддержанию бодрого состояния ума. Именно правильная манипуляция нижней частью живота дает возможность контролировать деятельность ума. Поза и дыхание представляют собой ключ к сосредоточению, успокоению деятельности ума, вступлению в самадхи.

Самадхи — состояние тотального спокойствия, когда «отпадает ум и тело», когда нет движения ни одной мысли, ум опустошен, но человек находится в состоянии высшей бдительности. Это особое состояние сознания связано с высвобождением реликтовых форм дологического мышления, с открытием континуальных (глубинных) потоков сознания. Этот вид сознания присутствует в нас, но остается закрытым логико-структурированной формой рефлективного мышления. В связи с этим самадхи невозможно описать словесно.

Эрих Фромм (1960) в своем очерке «Дзен-буддизм и психоанализ» говорит об интеграции интеллектуального и аффективного знания, к которому стремятся эти две дисциплины. Он видел их общую цель в прорыве к большему осознанию того, что прежде было неосознаваемым, в преодолении человеческой отчужденности. Многие видные западные психологи и психиатры интересовались дзен: Карл Юнг, Карен Хорни, Абрагам Маслоу, Фриц Перлз и другие.

АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА

Аутогенная тренировка предложена И. Шульцем (I. Schulz, 1932) для лечения неврозов. И. Шульц выделял две ступени аутогенной тренировки (АТ): 1) низшая ступень — обучение релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести, тепла, овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания; 2) высшая ступень — аутогенная медитация — создание гипнотических состояний различного уровня. Помимо классической методики И. Шульца в настоящее время существует множество модификаций аутогенной тренировки.

Клиническое применение

По общему мнению, АТ более всего эффективна при лечении неврозов, функциональных расстройств и психосоматических заболеваний. Среди неврозов первое место по уровню курабельности занимает неврастения. В рамках этой формы невроза наиболее курабельными являются психогенные сексуальные расстройства и расстройства сна. При неврозе навязчивых состояний высоко курабелен фобический синдром; удовлетворительны результаты при лечении обсессий. Многими исследователями указывается на низкую эффективность АТ при истерии, при которой отмечается своеобразная «желательность» болезни. Сравнительную резистентность обнаруживают больные с ипохондрическим синдромом. Практически некурабелен компульсивный синдром в рамках невроза навязчивых состояний. Низкая эффективность лечения отмечается также при психастении.

Наилучшие результаты применения АТ отмечаются при лечении тех заболеваний, проявления которых связаны с эмоциональным напряжением и со спазмом гладкой мускулатуры, причем парасимпатический эффект достигается легче, чем симпатический. В литературе хороший эффект АТ отмечен при бронхиальной астме, инициальном периоде гипертонической болезни и облитерирующего эндартериита, при диспноэ, эзофагоспазме, стенокардии, при спастических болях желудочно-кишечного тракта и запорах. Имеются данные об удовлетворительной курабельности язвенной болезни, одной из причин которой, по распространенному мнению, является местный неврогенный спазм сосудов.

АТ показала себя эффективным методом лечения при различных невротических расстройствах речи и фонации. Однако АТ в общей группе больных помогает купировать лишь явления логофобии, но не излечивает заикание как системный невроз, в связи с чем необходимо включение пациентов в специализированные группы для больных логоневрозами.

АТ включается в комплексное лечение алкоголизма и наркомании, в частности при купировании абстинентного синдрома и для формирования антитоксиманической установки.

В неврологической клинике АТ применяется в лечении остаточных явлений органических заболеваний нервной системы с целью купирования психогенных расстройств, дополняющих и осложняющих картину органического заболевания нервной системы и с целью коррекции реакции личности на болезнь: при сосудистых поражениях мозга, при лечении остаточных явлений черепно-мозговых травм, остаточных явлений нейроинфекции и др.

Успешное преодоление тревоги и эмоционального напряжения с помощью АТ оправдывает ее включение в многочисленные варианты методик психопрофилактики родовых болей.

Широкое применение АТ получила в качестве психогигиенического и психопрофилактического средства при подготовке спортсменов, людей, работающих в условиях эмоциональной напряженности и в экстремальных условиях. Накоплен положительный опыт применения АТ в специальных вариантах как метода производственной гигиены.

Противопоказаниями для применения АТ являются состояния неясного сознания и бреда, в особенности бреда отношения и воздействия. Не рекомендуется АТ во время острых соматических приступов и вегетативных кризов. При выраженной артериальной гипотонии используются некоторые специальные приемы для преодоления нежелательного преобладания вагус-ной системы (см. ниже модификацию К. И. Мировского и А. Н. Шогама).

Низшая ступень аутогенной тренировки по И. Шульцу

Низшую ступень аутогенной тренировки (АТ-1) составляют шесть стандартных упражнений, которые выполняются пациентами в одной из трех поз: 1) положение сидя — «поза кучера». Тренирующийся сидит на стуле со слегка опущенной вперед головой, кисти и предплечья лежат свободно на передней поверхности бедер, ноги свободно расставлены; 2) положение лежа. Тренирующийся лежит на спине, голова покоится на низкой подушке. Руки, несколько согнутые в локтевом суставе, свободно лежат вдоль туловища ладонями вниз; У) положение полулежа. Тренирующийся свободно сидит, облокотившись на спинку. Руки на передней поверхности бедер или на подлокотниках, ноги свободно расставлены. Во всех трех положениях достигается полная расслабленность, для лучшей сосредоточенности глаза закрыты.

Упражнения выполняются путем мысленного повторения (5—6 раз) соответствующих формул самовнушения, которые подсказываются руководителем тренировки. Каждое из стандартных упражнений предваряется формулой-целью: «Я совершенно спокоен».

Первое упражнение. Вызывание ощущения тяжести в руках и ногах, что сопровождается расслаблением поперечнополосатой мускулатуры. Формулы: «Правая рука совершенно тяжелая», «Левая рука совершенно тяжелая», «Обе руки совершенно тяжелые». Такие же формулы для ног. Окончательная формула: «Руки и ноги совершенно тяжелые».

Второе упражнение. Вызывание ощущения тепла в руках и ногах с целью овладения регуляцией сосудистой иннервации конечностей. Формулы: «Правая (левая) рука совершенно теплая», «Руки совершенно теплые». Те же формулы для ног. Окончательная формула: «Руки и ноги совершенно тяжелые и теплые».

Третье упражнение. Регуляция ритма сердечных сокращений. Формула: «Сердце бьется сильно и ровно».

Четвертое упражнение. Нормализация и регуляция дыхательного ритма. Формула: «Дышу совершенно спокойно».

Пятое упражнение. Вызывание ощущения прохлады в области лба с целью предотвращения и ослабления головных болей сосудистого генеза. Формула: «Мое солнечное сплетение излучает тепло».

Шестое упражнение. Вызывание ощущения прохлады в области лба с целью предотвращения и ослабления головных болей сосудистого генеза. Формула: «Мой лоб приятно прохладен».

Показателем усвоения очередного упражнения является генерализация ощущений. Например, упражнение по внушению тепла в конечностях считается усвоенным тогда, когда ощущение тепла начинает разливаться по всему телу.

На проработку каждого упражнения уходит 2 недели. Весь курс АТ-1 длится около Ъ месяцев. Обычно занятия проводятся в группах 1—2 раза в неделю под руководством психотерапевта; продолжительность занятия 15— 20 минут. Большое внимание уделяется самостоятельным тренировкам пациентов, которые проводятся дважды в день (утром перед вставанием и вечером перед сном), причем, как правило, пациенты ведут дневниковые записи, в которых описывают ощущения, испытываемые ими во время занятий.

При освоение первых двух стандартных упражнений (тяжесть и тепло) возникает особое состояние «аутогенного погружения», названное И. Шульцем «переключением», которое он определял физиологически как «понижение биотонуса при сохранном сознании». Д. Мюллер-Хегеманн объясняет это состояние падением активности коры при отсутствии внешних раздражителей и уменьшении мышления вследствие сосредоточенности на формулах тренировки. Это состояние характеризуется как промежуточное между сном и бодрствованием, оно весьма близко первой стадии гипнотического сна (сомноленции). Аутогенное погружение может быть различной глубины. Различают три его фазы. В первой фазе ощущают тяжесть, тепло, истому, разлившуюся по всему телу. Вторая фаза характеризуется ощущением телесной легкости, невесомости, причем нередко возникают нарушения схемы тела. Третья фаза ощущается как «исчезновение тела». Первая и вторая фаза могут быть дифференцированы электроэнцефалографически (А. Г. Панов и соавт., 1980). В силу значительного торможения коры повторяемые формулы становятся эффективными самовнушениями. В аутогенном погружении пациент приступает к направленным против определенных болезненных расстройств самовнушениям.

W. Luthe (1969) классифицирует формулы-намерения на 5 типов: 1) нейтрализующие, использующие вариант самовнушений «все равно»: «Глотание все равно» — при эзофагоспазме, «Цветочная пыльца все равно» — при аллергиях и т. п.; 2) усиливающие — например: «Я знаю, что я проснусь, когда мой мочевой пузырь даст знать о себе» — при энурезе; «Мой мозг говорит автоматически» — при заикании; 3) абстинентно-направленные — например: «Я знаю, что я не приму ни одной капли алкоголя, ни в какой форме, ни в какое время, ни при каких обстоятельствах»; 4) парадоксальные — например: «Я хочу писать как можно хуже» — при писчем спазме; 5) поддерживающие — например: «Я знаю, что я не завишу от лекарств» — используется при астме; «Имена интересны» — при плохом запоминании имен.

Модификации аутогенной тренировки низшей ступени

Модификация Д. Мюллера-Хегеманна (1957). Основываясь на работе Пенфилда и Боулдри (1937) об обширном представительстве в корковых структурах лица (особенно языка) и кисти (особенно большого пальца), Д. Мюллер-Хегеманн модифицировал методику И. Шульца, введя несколько дополнительных формул, а именно: «Лицевые мышцы совершенно расслаблены», «Челюсть отвисает свободно вниз», «Язык совершенно тяжелый» — перед формулой «Лоб приятно прохладен» и «Обе кисти рук совершенно тяжелые» — после формулы «Обе руки совершенно тяжелые». Расслабление мышц лица и кистей рук способствует более глубокому аутогенному погружению, а у больных мигренью купирует начинающийся приступ.

Автор вносит изменения и в выполнение третьего упражнения. Выполняя это упражнение, больной должен представить себе левую руку наполняющейся струящимся теплом от пальцев левой кисти до плечевого сустава. В дальнейшем он «переливает» это «накопленное в левой руке тепло» в левую половину грудной клетки, ощущает его струящимся по сердцу и так добивается рефлекторного расширения коронарных сосудов.

Модификация Х. Клейнзорге и Г. Клюмбиеса (1962). Авторы разработали технику тренировки, нацеленной на органы. Такая «направленная органотренировка» является дальнейшим развитием АТ. После завершения сокращенного общего курса АТ авторы разделяют больных на группы по отдельным синдромам. В этих группах проводится курс специализированных упражнений, представляющих собой соответствующим образом расширенные и дополненные классические упражнения первой ступени. Комплектуются следующие группы.

Группа «голова». Показания: вазомоторные головные боли, мигреноз-ный синдром, синдром Меньера, расстройства активного внимания. Тренировка состоит в акцентировании 6-го упражнения АТ-1: «Лоб приятно прохладен, голова ясная, свободная, свежая, она может сосредоточиться на любой мысли» и т. п.

Группа «сердце». Показания: стенокардия, кардиалгический синдром, нарушение сердечного ритма. Акцентируются 2-е и 3-е упражнения. Терапевтическое действие основано на рефлекторном расширении венечных сосудов при расширении кожных сосудов левой руки.

Группа «живот». Показания: спазмы мускулатуры органов брюшной полости, гастралгия, дискинезия желчных путей, слизистый и язвенный колит. Акцентируется 5-е упражнение. Авторы заменяют формулировку И. Шульца «солнечное сплетение излучает тепло» как необоснованную физиологически на «приятное тепло струится в моем животе».

Группа «сосуды». Показания: нарушения периферического кровообращения, гипертоническая болезнь в неврогенной стадии. Упражнения построены на основе первых двух упражнений АТ-1. Большое значение придается формулам общего спокойствия.

Группа «легкие». Показания: психогенные диспноэ, бронхиальная астма (вне приступа), начальные степени эмфиземы. Тренировка проводится в поло'жении лежа, при открытых окнах. Вводится формула: «Мне дышится совсем легко».

Группа «покой». Показания: нарушения сна и эмоциональные нарушения. Тренируются в положении лежа. Специальные упражнения состоят из тренировки расслабления скелетной мускулатуры (частью заимствованных из комплекса прогрессивной релаксации) и чувства «телесного покоя». Тран-квилизация достигается также косвенно — вызыванием представлений, эмоционально приятно окрашенных (пейзажей и т. п.).

Специализация групп по отдельным синдромам признается нерациональной многими авторами. В последнее время «направленная органотренировка» используется чаще всего не в лечебных целях, а при профессионально-прикладном применении АТ — при подготовке актеров, спортсменов и др. При такой группировке тренирующихся оказываются излишними многие стандартные упражнения АТ-1; их заменяют узкоспециализированные приемы.

Модификация К. И. Мировского и А. Н. Шогама (1963). Авторы назвали свою модификацию «психотонической тренировкой». Ими разработаны приемы не только снижающие, но и повышающие тонус, мобилизующие. Благодаря этому они добились дальнейшего расширения медицинских показаний к АТ, исключив из числа противопоказаний болезненные состояния, обусловленные артериальной гипотонией и астеническими состояниями.

Больные тренируются в «астено-гипотонической группе». Мышечная релаксация исключается, поскольку снижение артериального давления противопоказано. В формулу включаются слова, имитирующие выраженные симпатомиметические сдвиги (озноб, «гусиная кожа», холод и т. п.). Тренировка заканчивается энергичной мускульной самомобилизацией. Текст тренировки:

«Я совершенно спокоен. Все мое тело расслаблено и спокойно. Ничто не отвлекает. Все безразлично мне. Я чувствую внутреннее успокоение. Плечи и спину обдает легкое познабливание, будто приятный освежающий душ. Все мышцы становятся упругими. По телу пробегают мурашки. Я — как сжатая пружина. Все готово к броску. Весь напряжен. Внимание! Встать! Толчок!»

По данным К. И. Мировского (1965), часто уже после первого занятия удается повысить артериальное давление с 60—70/40—45 до 110—130/ 70—80.

Мобилизующие, активирующие упражнения, вызывающие симпатомиметические сдвиги, используются также А. В. Алексеевым (1969) и Л. Д. Гиссеном (1969), предложившими «психорегулирующую тренировку» для психологической тренировки спортсменов.

Модификация М. С. Лебединского и Т, Л. Бортника (1965). Это

сокращенный вариант АТ, приспособленный для стационара. Продолжительность курса — 1 мес. (вместо 3 мес.). Срок лечения уменьшается за счет удлинения каждого сеанса в начале лечения до

30 минут. Больной занимается ежедневно один раз с врачом и дважды самостоятельно. Каждое упражнение усваивается за 3 дня. Срок лечения уменьшается и благодаря расширению формул. Например, формула мышечной релаксации: «Я чувствую тяжесть в правой руке. В плече, предплечье, пальцах. До самых кончиков пальцев правой руки чувствую тяжесть». Возникновению ощущения тепла в области солнечного сплетения способствует представление о прогла-тывании слюны и ощущении разливающегося тепла в области пищевода и желудка. Срок лечения сокращается и благодаря усилению гетеросуггестив-ного момента АТ: больные повторяют про себя формулы, которые врач произносит несколько раз. Перед началом работы с каждой формулой и при переходе от одной формулы к другой звучит расширенная формула «спокойствия»: «Я спокоен. Я совершенно спокоен. Спокойно и ритмично дыхание. Ритмичен пульс. Сердце бьется ровно и спокойно».

Репродуктивная тренировка (А. Г.Панов, Г. С. Беляев, В. С. Лоб-зин, И. А. Копылова, 1980) представляет собой комплексную методику психофизиологической и личностной саморегуляции. Эта модификация широко использует в качестве реализующего приема сенсорную репродукцию — преднамеренное воспроизведение ощущений. Репродуктивная тренировка включает подготовительные психотерапевтические мероприятия (изучение личности больного и определение основных методов психотерапевтического воздействия), предварительные упражнения (дыхательная гимнастика, идео-моторные и релаксирующие тренировки мышечного аппарата) и собственно обучающий курс АТ. Репродуктивная тренировка, как указывают авторы, — методика в известной мере компилятивная, объединяющая в единой технике приемы, заимствованные из многих источников.

Большое внимание в этой модификации уделяется так называемой «маске релаксации» — упражнению, с которого начинается курс АТ: «Мягко опустить веки, свести взор кнутри и книзу на щеки по бокам носа, язык мягко приложить к корням верхих зубов изнутри (звук «т»), дать нижней челюсти слегка отвиснуть, ощутив ее вес и чуть выпятив ее вперед (звук «ы»).

Другой особенностью данной методики является введение в обучающий курс АТ дыхательной гимнастики, которая проводится по специально разработанным авторами схемам. Ритмичное форсированное дыхание понижает возбудимость некоторых нервных центров и способствует мышечной релаксации. Многие авторы отмечают влияние дыхательной гимнастики на выравнивание эмоционального состояния тренирующихся, на способность к концентрации внимания. Во время дыхательной гимнастики в брюшной полости возникает глубинное тепло, поэтому она используется перед формулой для вызывания тепла в животе.

Другие модификации аутогенной тренировки низшей ступени описаны в монографии В. С. Лобзина и М. М. Решетникова «Аутогенная тренировка» (1986).

Высшая ступень аутогенной тренировки

Упражнения низшей ступени воздействуют по преимуществу на вегетативные функции. С целью оптимизации высших психических функций И. Шульц разработал высшую ступень аутогенной тренировки (АТ-2), упражнения которой должны научить вызывать сложные переживания, приводящие к излечению через «аутогенную нейтрализацию» и «самоочищение» (катарсис). Стандартные упражнения АТ-1 И. Шульц считал лишь подготовкой к основному лечению, второй ступени — аутогенной медитации, — с помощью которой и достигается аутогенная нейтрализация. Он полагал, что окончательно избавиться от невроза можно, лишь нейтрализовав отрицательные переживания. Приемы такого самоочищения И. Шульц заимствовал из древнеиндусской системы йоги.

Аутогенная медитация И. Шульца. Прежде чем приступать к аутогенной медитации тренирующийся должен научиться удерживать себя в состоянии аутогенного погружения длительное время — по часу и более. Во время такого переживания («пассивной концентрации») возникают различные визуальные феномены («тени», «простейшие формы», цветовые пятна и т. п.). Дальнейшая подготовка состоит в научении вызывать и удерживать «пассивную концентрацию» при наличии «раздражающих помех» — яркого света, шума, звучащего радио и т. п.

Первое упражнение медитации. Фиксация спонтанно возникающих цветовых представлений.

Второе упражнение медитации. Вызывание определенных цветовых представлений, «видение» заданного цвета.

Третье упражнение медитации. Визуализация конкретных предметов.

Четвертое упражнение медитации. Сосредоточение на зрительном представлении абстрактных понятий, таких, как «справедливость», «счастье», «истина» и т. п. Во время выполнения этого упражнения возникает поток представлений, строго индивидуальных. Например, «свобода» ассоциируется с белой лошадью, скачущей по прерии. Конкретные зрительные образы, ассоциирующиеся с абстрактными понятиями, помогают, по мнению Шульца, выявиться подсознательному.

Пятое упражнение медитации. Концентрация «пассивного внимания» на произвольно вызываемых эмоционально значимых ситуациях. Во время выполнения упражнения тренирующийся нередко «видит» себя в центре воображаемой ситуации.

Шестое упражнение медитации. Вызывание образов других людей. Вначале следует научиться вызывать образы «нейтральных» лиц, затем — эмоционально окрашенные образы приятных и неприятных пациенту людей. Шульц отмечает, что в этих случаях образы людей возникают несколько шаржированно, карикатурно. Постепенно такие образы становятся все более спокойными, «бесстрастными», смягчаются карикатурные черты — элементы эмоциональной гиперболизации. Это служит показателем начавшейся «аутогенной нейтрализации».

Седьмое упражнение медитации. Шульц назвал его «ответом бессознательного». Тренирующийся спрашивает себя: «Чего я хочу?», «Кто я такой?», «В чем моя проблема?» и т. п. В ответ он подсознательно отвечает потоком образов, помогающих увидеть себя «со стороны» в разнообразных, в том числе и тревожащих, ситуациях. Так возникает ситуация катарзиса, самоочищения и наступает «аутогенная нейтрализация», т. е. излечение. Анализируя описание медитативных упражнений по Шульцу, нетрудно заметить, что они сводятся к серии приемов своеобразного «аутопсихоанализа».

Соавтор Шульца по 6-томному руководству W. Luthe вводит новые элементы в структуру метода — приемы аутогенной нейтрализации: аутогенное отреагирование и аутогенную вербализацию. Эти методы составляют основное содержание 6-го тома руководства по аутогенной терапии.

Аутогенное отреагирование по W.Lutbe. Для нейтрализации отрицательных переживаний Люте использует приемы «повторения» тех же ситуаций, которые и явились причиной психической травмы, так же, как и при психоаналитических сеансах. Во время аутогенного отреагирования врач соблюдает полную нейтральность. Опыт автора показывает, что мозг пациента сам знает, в какой форме и в каком порядке следует высказывать «материал» при аутогенной нейтрализации. Автором подчеркивается, что при нейтрализации высвобождается (т. е. вербализуется) лишь тот «материал», который мешает нормальной деятельности мозга. Аутогенная вербализация осуществляется при закрытых глазах, а задачей пациента является рассказ о всех появляющихся в состоянии аутогенного расслабления сенсорных образах.

В методике практического проведения аутогенного отреагирования, по Люте, можно выделить пять основных правил, или условий (В. С. Лобзик, М. М. Решетников, 1986): 1) необходимость перехода от стандартных упражнений к пассивному настрою на зрительные образы; 2) ничем не ограничиваемое вербальное описание любых восприятий (сенсорных образов); 3) принцип психотерапевтического вмешательства в управляемую мозгом нейтрализацию; 4) соблюдение или признание внутренней динамики, которая присуща периоду аутогенных разрядов; 5) принцип самостоятельного окончания психотерапевтической работы.

На протяжении всего курса аутогенного отреагирования применяются стандартные упражнения. Самостоятельное выполнение аутогенного отреагирования допускается только по разрешению психотерапевта. Интервалы между сеансами составляют 7—10 дней.

Аутогенная вербализация по W. Luthe. Этот прием в значительной степени аналогичен аутогенному отреагированию, однако осуществляется без визуализации представлений. В отличие от аутогенного отреагирования, аутогенная вербализация применяется в тех случаях, когда «мешающий материал» (болезненные переживания) поддается точному описанию. Вербализация определенной темы (например, «агрессия», «желание», «страх» и т. п.) проводится в состоянии аутогенного расслабления и продолжается до тех пор, пока пациент заявляет, что сказать ему больше нечего. При аутогенной вербализации предполагается, что пациент знает «тему», которая содержит «мешающий материал». По сути приемы аутогенной нейтрализации представляют собой ассоциативный эксперимент, предложенный еще К. Юнгом для выявления скрытых или подавляемых влечений. Новым является реализация данного приема на фоне состояния аутогенной релаксации (В. С. Лобзин, М. М. Решетников, 1986).

Отечественными авторами (А. Г. Панов, Г. С. Беляев и др., 1980) разработан оригинальный комплекс упражнений высшей ступени аутогенной тренировки. Концепция авторов высшей ступени АТ базируется в первую очередь на данных психофизиологии эмоций. Основными в комплексе АТ-2 являются приемы преднамеренной регуляции эмоционального состояния, преднамеренного моделирования эмоций. Основными приемами моделирования настроения авторы считают управление мышечным тонусом (типа прогрессивной мышечной релаксации Джекобсона), упражнения сюжетного воображения и так называемые «упражнения самоутверждения».

Упражнения сюжетного воображения. Их целью является самостоятельное, сознательное и преднамеренное формирование заданного эмоционального состояния, а суть заключается в репродуцировании эмоционально окрашенных представлений, образов и динамичных ситуаций (сюжетов). Формирование эмоционально значимых сюжетных представлений начинается с постановки цели: какое эмоциональное состояние надлежит моделировать. В зависимости от выбранной цели определяется и цвет, соответствующий нужной эмоции. Выбранный цвет служит базой для формирования словесного самоприказа.

В качестве примера приводим упражнение под названием «Парк». Цель упражнения — создать настроение покоя, внутреннего комфорта, ленивой истомы, глубокого отдыха. Основные

сенсорные представления зрительные. Самоприказ: «Зеленая-зеленая зелень. Зеленая-зеленая листва. Зеленая листва шелестит». Образная развертка: представить себя в парке в теплый и солнечный летний день. Солнечные блики перемежаются с пятнами тени от листвы. Телу тепло, но не жарко (температурный образ). Листва свежая, яркая (цветовой образ). Просторные поляны и аллеи уходят вдаль (пространственный образ). Листва шелестит под слабым ветерком, далекие и смутные голоса людей (звуковой и осязательный образы — ветерок). Запах свежей листвы (обонятельный образ). Музыкальное подкрепление: плавная негромкая музыка, льющаяся из парковых репродукторов. Следует вжиться в эту картину, почувствовать и зафиксировать ее в сознании.

Упражнения самоутверждения. Нередко возникают предвидимые заранее чрезвычайные житейские ситуации, связанные с повышенным чувством ответственности. Тревожное ожидание таких ситуаций порождает неуверенность в себе, страх перед неудачей и может спровоцировать невротический срыв. К таким ситуациям можно подготовиться с помощью «упражнений самоутверждения». Больным советуют по утрам, еще не проснувшись окончательно, т. е. находясь в естественном аутогенном погружении, репетировать тревожащую их ситуацию, но не такую, какой они боятся, а такую, какой они хотят ее видеть. Это репетиция успеха. Подробные репетиции успеха можно проводить за несколько дней до ожидаемого события или непосредственно в тот день, когда оно предстоит, однако не следует проводить их перед сном, т. к. это может спровоцировать расстройство сна.

В исследованиях отечественных и зарубежных авторов указывается на возможность ускорения реализации навыков, полученных в процессе аутогенной тренировки, путем использования принципа биологической обратной связи: электромиографической, электроэнцефалографической и др.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

Биологическую обратную связь можно представить себе как метод, посредством которого информация о биологической деятельности индивида собирается, обрабатывается и посылается обратно к нему, так что он в результате может изменить эту деятельность (Дж. Эверли, Р. Розенфельд, 1985). Тем самым создается «петля обратной связи».

Петли обратной связи участвуют почти во всех функциях человеческого организма, начиная от петель обратной связи, ответственных за изменение скорости протекания самых элементарных биохимических реакций до крайне сложных видов деятельности человека. Наличие на определенном уровне информации о результате того или иного события необходимо для того, чтобы изменить его любым (но неслучайным) образом.

В традиционной медицинской модели у больного имеется какое-либо физиологическое нарушение, а клиницист собирает информацию о его физиологическом функционировании, делает заключение и предписывает соответствующую терапию, в то время как пациент играет пассивную роль. Принцип же, на котором основана биологическая обратная связь, требует активного участия пациента в изменении его состояния.

Многие функции организма осуществляются на подкорковых уровнях, без участия сознания, особенно те, которые носят непрерывный характер, как, например, сердцебиение или биохимические реакции. Хотя, возможно, именно такой способ функционирования организма является эффективным, он препятствует сознательному прослеживанию за протеканием автономных функций и, следовательно, их осознанному изменению. Именно это и обеспечивает биологическая обратная связь — дает организму возможность приобрести некоторый контроль над автономной биологической деятельностью.

Типы биологической обратной связи

1. Электромиографическая биообратная связь

Здесь используется электромиограф — прибор, улавливающий электрические импульсы посредством электродов, которые накладываются на кожу. Устройство усиливает и обрабатывает импульс, вызывая на выходе свечение, отклонение стрелки или звук, коррелирующие с величиной сигнала. Пациент воспринимает эти сигналы, получая таким образом информацию, необходимую для изменения определенной функции — в данном случае мышечного напряжения.

Мышечное напряжение является заметным компонентом реакции «борьбы-бегства» при стрессе. При восприятии угрозы каждая мышца тела может быть напряжена; некоторые из них, однако, напрягаются характерным образом. Например, мышцы задней стороны шеи напрягаются как бы в характерной попытке держать голову прямо, быть бдительным. Так как речь идет о поперечно-полосатой мускулатуре, может показаться, что контроль в этом случае является произвольным и поэтому ему легко научиться. Трудности возникают, когда сокращение нарастает так медленно и незаметно, что человек не осознает возросшего мышечного напряжения, пока уже не наступит мышечный спазм. Электромиограф позволяет человеку осознать даже небольшое увеличение мышечного напряжения, давая возможность ему таким образом расслабить участвующие в этом мышцы.

Для лечения стресса биообратная связь применяется по двум основным направлениям. Во-первых, она дает пациенту возможность научиться расслаблять конкретную мышцу или группу мышц, например жевательные мышцы при скрежетании зубами. Во-вторых, биообратная связь

может быть использована для вызывания более генерализованной релаксации, воздействуя на стресс в большей степени через центральные механизмы.

2. Температурная биообратная связь

Использование температурной биообратной связи основано на том факте, что периферическая температура кожи отражает сосудодвигательную функцию (расширение и сужение сосудов). Таким образом, когда периферические кровеносные сосуды расширены, ток крови через них увеличивается и кожа становится более теплой. Измеряя температуру в конечностях, можно определить степень сужения кровеносных сосудов и, т. к. их сужение и расширение регулируются симпатическим отделом автономной нервной системы, можно вторичным, косвенным путем измерить степень симпатической активности.

Оборудование, используемое в температурной биообратной связи, состоит из датчика, обрабатывающего устройства и дисплея. Датчиком является термистор — небольшой термический измерительный прибор, который обычно прикрепляется на палец испытуемого. Он соединен с устройством, усиливающим электрический импульс с термистора и трансформирующим этот импульс в световой или в акустический сигнал либо в отклонение стрелки.

Температурная биообратная связь оказалась полезной при функциональных нарушениях кровообращения, таких, как болезнь Рейно и заболевания периферических сосудов. Она была использована для лечения мигрени, артериальной гипертонии. Кроме того, она применяется в тех случаях, когда больной пытается контролировать симпатическую деятельность, как при астме и в процессе психотерапии. В последнем случае, как было обнаружено, она оказалась полезной для определения областей повышенной симпатической импульсации, что дает информацию о сопротивлении пациента.

Температурная биообратная связь играет определенную роль в лечении стресса, поскольку она является хорошим индикатором возбуждения симпатической нервной системы. По этой причине она является ценным средством обучения общему расслаблению; пациенту в этом случае дается инструкция постараться повысить кожную температуру. Эта форма терапии часто применяется отдельно как альтернатива электромиографической биообратной связи или в комбинации с ней.

3. Электрокожная биообратная связь

Наиболее известным методом является определение кожно-гальвани-ченского сопротивления. Вообще говоря, изменение электрических характеристик кожи является функцией симпатической

нервной активности, поэтому при использовании электрокожной биообратной связи пациент, очевидно, обучается воздействовать на симпатическую нервную активацию.

В психотерапии электрокожная биообратная связь используется главным образом в рамках систематической десенситизации — теория утверждает, что нельзя одновременно находиться в состоянии расслабления и активации, и поэтому фобии и тревога должны хорошо поддаваться лечению этим методом.

Электрокожная биообратная связь используется для снижения общего симпатического возбуждения — это является основным применением данного метода для лечения стресса.

Наконец, электрокожная биообратная связь используется как метод исследования в психотерапии. В этом случае прибор предназначен для того, чтобы графически продемонстрировать как врачу, так и больному области возбуждения; полученные данные можно интерпретировать как один из вариантов «языка тела».

4. Электроэнцефалографическая биообратная связь

Из всех форм биообратной связи применение электроэнцефалографии обосновано хуже всего. Напомним, что бета-волны наблюдаются в состоянии бодрствования, настороженности. Такие состояния могут возникать при сосредоточении внимания или возбуждении. Альфа-волны, напротив, связаны с состоянием релаксации, характеризующимся спокойствием, пассивным вниманием и невозмутимостью.

Исходя из этого, предпринимались попытки увеличения альфа-активности с целью вызова общего расслабления. Подразумевается, что это целесообразно для личностей с обсессивно-компульсивными расстройствами, а также с высоким общим уровнем тревоги. Это использовалось также для облегчения засыпания.

Что касается терапии стресса, главная цель электроэнцефалографиче-ской биообратной связи заключается в обучении увеличивать альфа-активность, снижать уровень возбуждения и повышать в целом индивидуальную способность к пассивному вниманию. В настоящее время этот метод по сравнению с другими формами биообратной связи используется менее широко, но более глубоко изучается в лабораторных условиях.